

Aus dem Zentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (CC15)  
Psychiatrische Universitätsklinik der Charite im St. Hedwig Krankenhaus  
Direktor: Hr. Prof. Dr. Andreas Heinz

## **Habilitationsschrift**

### **Die Aktualisierung von „Chronizität“ in der institutionellen Praxis**

zur Erlangung der Lehrbefähigung  
für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinische Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

**Dr. med. Sebastian von Peter, MPhil**

Eingereicht: Juli 2014

Dekanin: Fr. Professor Dr. med. A. Grütters-Kieslich

1. Gutachter/in: Fr. PD Dr. Iris Tatjana Graef-Callies  
Medizinische Hochschule Hannover

2. Gutachter/in: Hr. Prof. Wielant Machleidt  
Medizinische Hochschule Hannover

## **1.) Einleitung**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Eine kurze Begriffsgeschichte | 5 |
| Was ist „Chronizität“?        | 9 |

## **2.) Eigene Arbeiten**

|           |    |
|-----------|----|
| Aufsatz 1 | 15 |
| Aufsatz 2 | 32 |
| Aufsatz 3 | 48 |
| Aufsatz 4 | 60 |
| Aufsatz 5 | 74 |

## **3.) Diskussion**

|   |     |
|---|-----|
| Teil I – Diskussion theoretischer und klinisch-praktischer Perspektiven |     |
| Effekte von Sprach- und Wissensformen                                   | 85  |
| Effekte von körperlich-interaktiven Faktoren                            | 88  |
| Effekte von Räumen und Gegenständen                                     | 92  |
| Die Aktualisierung von „Chronizität“ in der institutionellen Praxis     | 95  |
| Konsequenzen für den therapeutischen Alltag                             | 99  |
| Teil II – Diskussion praxismethodologischer Grundlagen                  |     |
| Die Ursprünge der Praxisforschung                                       | 102 |
| Was ist Praxis?   | 107 |
| Methodologische Voraussetzungen   | 111 |
| Gütekriterien und Zielrichtung  | 121 |

## **4.) Zusammenfassung** 129

## **5.) Literaturangaben** 131

## **Danksagung** 140

## **Erklärung** 141

# 1. Einleitung

„Chronizität“ und psychische Erkrankungen – dieses Thema scheint unzeitgemäß, ist es doch zuletzt vor etwa 20 Jahren im psychiatrischen Feld ausführlich diskutiert worden (Schweitzer 1995). So habe ich in den letzten Jahren immer wieder gehört, dass der Begriff „chronisch“ im psychiatrischen Alltag längst nicht mehr benutzt werde, da man spätestens seit den 80er Jahren wisse, dass er mit einer unerwünschten Stigmatisierung und Belastung von psychisch Kranken verbunden sei. Eine „Neuaufgabe“ der damaligen Forschung habe wenig Aussicht, weitere Ergebnisse zu erbringen, denn über dieses Thema sei bereits alles gesagt. Trotz dieser Einwände werde ich mich im Folgenden erneut mit dem Problem der „Chronizität“ beschäftigen. Denn noch immer hat der Begriff „chronisch“ in wissenschaftlichen, sozialrechtlichen, klinischen und politischen Praxen eine entscheidende Bedeutung. So ist z.B. der Nachweis einer „chronischen“ psychischen Erkrankung die Voraussetzung für Leistungen der Eingliederungshilfe, wobei „chronisch“ inzwischen mit dem Begriff „psychische Behinderung“, definiert nach dem SGB IX, begründet wird (Bister 2014). Wenn Patienten den „chronischen“ Verlauf ihres Leidens nachweisen können, erhalten sie außerdem weitere Zuschüsse und werden von Zuzahlungen befreit. Und auch im klinisch-institutionellen Alltag hält sich das Konzept der „Chronizität“ in einer Vielzahl von Interaktionen und Aussagen versteckt und beeinflusst auf diese Weise nachhaltig das Denken und Handeln derjenigen, die mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen befasst sind (Simon 1993).

Überdies hat sich die Lebenssituation von psychisch Erkrankten im Verlauf der letzten Jahrzehnte nicht wesentlich gebessert. Auch weiterhin wirken sich psychische Erkrankungen ausgesprochen negativ auf den akademischen Erfolg, die berufliche Karriere, auf Partnerschaften und auf das Familienleben aus (Lademann 2006). Und obgleich neuartige Formen der psychosozialen Rehabilitation seit der Psychatrieenquete den Grad an Selbstbestimmung und Teilhabe im Leben der Betroffenen erhöht haben, besteht auch nach dieser Umstrukturierung erheblicher Reformbedarf. Denn psychisch Kranke bleiben auch weiterhin oft „unter sich“, die ambulante Versorgung operiert häufig „para-institutionell“ und die Lebenssituation von Betroffenen ist vielfach unverändert desolat (Dörner 2008; Wienberg 2008). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, in welcher Weise wir psychiatrisch Tätige zu diesen Missständen beitragen. So möchte ich mich in der vorliegenden Arbeit damit beschäftigen,

psychiatrisch-institutionelle Praxen, also lokale, in die Bedingtheit von spezifischen, alltäglich-klinischen Situationen eingebettete Handlungsvollzüge zu hinterfragen und Alternativen dazu zu formulieren. Der Begriff „Aktualisierung“ soll dabei verdeutlichen, dass das Phänomen der „Chronizität“, wie weiter unten erläutert werden soll, durch ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren *verwirklicht* werden muss, um sich in seiner Wirkung überhaupt erst entfalten zu können.

In meiner Arbeit verbinden sich sozialwissenschaftliche mit sozialpsychiatrischen Forschungsfragen. Beide waren in den letzten Dekaden innerhalb der Psychiatrie aus der Mode gekommen, infolge des Booms von gen- und molekulartechnologischen, hirnhysiologischen und anderen biowissenschaftlichen Ansätzen (Mruck 2000). Seit Kurzem scheinen sozialwissenschaftliche und -psychiatrische Forschungsanliegen jedoch eine Renaissance zu erleben (Mey 2007). Das könnte daran liegen, dass sich die Hoffnungen diverser biowissenschaftlich ausgerichteter Forschungsansätze nur wenig erfüllt haben: Alle Bemühungen im Feld der Psychopharmakologie haben nur bedingt zu einer verminderten Prävalenz psychischer Erkrankungen oder insgesamt verbesserten Lebensqualität der Erkrankten geführt (Richter 2003). Darüber hinaus haben auch die bildgebenden Forschungsansätze bisher nur wenig in Bezug auf die konkreten Lebenssituationen psychisch Kranker verändert (Holzhey 2003). Auch aus diesen Gründen scheint sich das Konzept des „Sozialen“ in den letzten Jahren wiederzubeleben: So betonen die epigenetischen Ansätze die wechselseitige Beeinflussung von Genen und Umwelt, nachdem die vielen Versuche, psychische Störungen strukturell zu determinieren, eher erfolglos geblieben sind (van Os 2010). Auch im wegweisenden Forschungsfeld der Neuroplastizität wird eine kontinuierliche, lebenslange Veränderung des Gehirns in Bezug zum sozialen Milieu propagiert (Hüter 2006). Und schließlich wurde im Bemühen um die Neuauflage von DSM deutlich, dass biologisch-organische Anhaltspunkte alleine nicht ausreichen, um psychisches Kranksein hinlänglich zu charakterisieren (NN 2010). Das „Soziale“ und damit auch sozialpsychiatrische und -wissenschaftliche Fragestellungen werden in der psychiatrischen Forschungslandschaft also voraussichtlich wieder eine stärkere Bedeutung erlangen (Priebe 2013).

Diese Arbeit ist im Rahmen eines interdisziplinären DFG-Forschungsantrags, in Kooperation mit dem Institut für Europäische Ethnologie an der Humboldt- Universität in

Berlin, entstanden.<sup>1</sup> Als Produkt eines ethnologisch zwar vorgebildeten, aber vor allem klinisch-praktisch arbeitenden Psychiaters ist sie im Vergleich zu den anderen Arbeiten dieses Kooperationsprojektes (Klausner 2012; Bister 2014) in ihren Beobachtungen wahrscheinlich weniger neutral, weil absichtsvoller und in ihren Ergebnissen deutlich stärker handlungsorientiert. Im zweiten Teil meiner Diskussion werde ich deshalb auf die methodologischen Implikationen des zu Grunde liegenden, in seinen Erkenntnissen im psychiatrischen Alltag verankerten und in seiner Ausrichtung für diesen Alltag bestimmten Forschungsansatzes eingehen. Dabei wird in diesem Teil der Diskussion der Begriff „Chronizität“ eher im Hintergrund stehen.<sup>2</sup> Stattdessen sollen dort Grundlagen eines praxistheoretischen Forschungsansatzes in allgemeiner Weise vermittelt, also die methodologischen Voraussetzungen für ein gleichzeitig handlungs- und theoriebezogenes forschendes Vorgehen aufgezeigt werden. Zunächst will ich jedoch klären, welches Konzept von „chronisch“ ich in meiner Arbeit nutze. Nach einer begriffsgeschichtlichen Einführung werde ich an Hand unterschiedlicher Definitionen zeigen, dass diese Klassifikation im psychiatrischen Alltag unscharf definiert ist. Deshalb werde ich, in Anlehnung an sozialwissenschaftliche Theoriebildung, eine praxistheoretische Operationalisierung von „Chronizität“ vornehmen, die gleichzeitig als konzeptuelle Grundlage für die einzelnen Aufsätze dienen soll.

### **Eine kurze Begriffsgeschichte**

In den letzten Jahrzehnten ist der Begriff der „Chronizität“ in Medizin und Gesellschaft kontrovers diskutiert worden. Ursprünglich handelt es sich um ein Kunstwort, das sich etymologisch von „chronos“, dem griechischen Gott der Zeit, ableitet (Simon

---

<sup>1</sup> Der DFG- Antrag mit dem Titel „Die Produktion von Chronizität im Alltag der psychiatrischen Versorgung und Forschung in Berlin“ wurde 2010 bewilligt. Eine genaue Beschreibung des Vorhabens findet sich unter <http://zope.euroethno.hu-berlin.de/forschung/projekte/laufende/chronizitaet>. Neben einem mit psychiatrisch Tätigen und Ethnologinnen interdisziplinär besetzten Kolloquium, wurden zweimalig Studienprojekte mit psychiatrisch- ethnologischen Fragestellungen angeboten, deren Feldforschungsergebnisse in zwei Sammelbänden veröffentlicht wurden (Klausner 2012; Bister 2014). Ich selbst erhielt zwar keine Forschungsförderung, verdanke aber dennoch der Kooperation und dem Austausch mit den ethnologischen Kollegen eine Vielzahl an neuen Perspektiven, Denkweisen und Argumenten.

<sup>2</sup> Im Verlauf des Schreibens fiel mir auf, dass der Begriff der Praxis in herkömmlichen praxistheoretischen Forschungsansätzen nur unzureichend operationalisiert wurde. Das machte einiges an sozialwissenschaftlichem Hintergrundwissen notwendig, um ihn für die Anwendung im psychiatrischen Feld von Grund auf zu entwickeln. Um den Fluss der Argumente in meiner Arbeit nicht allzu sehr zu stören, habe ich mich deshalb dafür entschieden, die sehr umfangreiche Darstellung der methodischen Grundlagen in ein eigenes Kapitel zu stellen, in den zweiten Teil der Diskussion. Außerdem habe ich versucht, diesen Teil allgemeingültig, also eher abgekoppelt von der Problematisierung von „Chronizität“ zu entwerfen; die dort dargestellte Methode sollte dadurch leichter auf andere Forschungsfragen übertragbar werden.

1993). In seiner Wurzel verweist „chronisch“ also auf den Ablauf von Zeit und bezieht sich in therapeutischen Zusammenhängen auf langfristige, rezidivierende oder andauernde Krankheitsverläufe (Bachrach 1988). In psychiatrischen Zusammenhängen traten Vorläufer der Klassifikation „chronisch“ erstmals zu Beginn der institutionalisierten Psychiatrie auf, in Deutschland und Frankreich also um 1800, in England schon seit etwa 1750 (Braun 2009). Damals wurde die Psychiatrie zu einer Teildisziplin der Medizin, wodurch in der Versorgung von psychisch Kranken ein Heilungsanspruch entstand, den es vorher in dieser Form nicht gegeben hatte. Denn diese Integration ins Feld der Medizin übertrug das „Postulat der Heilbarkeit“ (Braun 2009) auch auf das psychiatrische Klientel, wodurch, in der Umkehr, auch erstmals die psychisch „Unheilbaren“ als solche bezeichnet und dadurch entsprechend sichtbar gemacht wurden.<sup>3</sup> Durch Wilhelm Griesinger wurden die Begriffe der Heilbarkeit und Unheilbarkeit durch das Begriffspaar „akut“ und „chronisch“ ersetzt; auch ihm ging es also darum, herauszufinden, welche Krankheiten als im Verlauf günstiger, und welche als schwieriger einzuschätzen seien. Seither kam es in der Psychiatrie zu elaborierten Diskussionen über das Wesen der „Chronizität“, die sich auch an den unterschiedlichsten Konzepten wie bspw. dem der „Dementia Praecox“ (Harding 1987), der „Vulnerabilität“ (Schweitzer 1995) oder des „schizophrenen Residuums“ (Ciompi 1980) festmachten.

Als klar definierte Klassifikation<sup>4</sup> wurde der Begriff „chronisch“ erstmals 1950 im Index Medicus aufgeführt und fand nur wenig später Verwendung im Rahmen anderer, internationaler Klassifikationsmanuale (Armstrong 2005). Die sich anschließende zunehmende Verbreitung des Begriffs wird unterschiedlichen Faktoren zugerechnet: Zum Einen führte ein aufkeimendes Interesse für das subjektive Erleben von Erkrankungen dazu, dass man sich in anderer Form mit Krankheitsverläufen und deren Konsequenzen auf die Lebenswelt der Betroffenen auseinanderzusetzen begann (Charmaz 2000). Außerdem scheinen die Wende hin zu einer individualistisch orientierten

---

<sup>3</sup> Nach Asmuss Finzen (Finzen 1996) war die Medizin von jeher „Prognosekunst“, mit dem primären Ziel, den Arzt von falschen Versprechungen abzuhalten und Patienten vor Rückschlägen zu bewahren. So hat die Einverleibung der Psychiatrie in das Feld der Medizin sicherlich stark dazu beigetragen, dass überhaupt und in welcher Weise Menschen, die sich entweder psychopathologisch nicht entwickelten oder „symptomatisch“ blieben, kategorisiert und behandelt wurden.

<sup>4</sup> Ich bezeichne nachfolgend „chronisch“ als *Klassifikation*, wenn dieser Begriff als eine feststehende, offizielle Kategorie eingesetzt wird, bspw. in Klassifikationsmanualen oder in wissenschaftlichen Abhandlungen. Die Bezeichnungen *Phänomen* oder *Konzept* nutze ich dagegen, wenn ich versuche zu beschreiben, was „Chronizität“ im Alltag *ist*; also wenn ich mich auf die institutionell gelebte(n), heterogene(n), zeitlich und räumlich kontingente(n) Wirklichkeit(en) der Klassifikation beziehe.

tierten Nosologie sowie das einsetzende gesellschaftliche Interesse an verschiedenen Konzepten, bspw. der „Autonomie“ und des „Selbstmanagements“, zur Durchsetzung des Begriffs beigetragen zu haben (Amstrong 2005). Auch die „Entdeckung“ von psychopharmakologisch gestützten Behandlungsverfahren führte zu einer Einführung der Zuschreibung „chronisch krank“, indem sie nämlich durch die Einführung von Evaluationsstudien die Dichotomie zwischen krank und gesund erheblich verfestigte (Schweitzer 1995). Nicht zuletzt kam es in der Nachkriegszeit, im Zusammenhang mit gesamtgesellschaftlichen, neoliberalen Strömungen, zu einem zunehmenden Streben nach zeitlicher und ökonomischer Effizienz (Oury 2002). Infolgedessen verbreitete sich in der Medizin eine andere Art der Verwaltungssystematik, die erstmalig einen vorwiegend quantitativen Begriff von Zeit verwendete, was ebenfalls dazu beitrug, dass sich die Kategorie „chronisch“ verbreiten konnte (von Peter 2010).

Zu einer ubiquitär verwendeten Kategorie wurde die Klassifikation „chronisch“ während der Enthospitalisierung psychisch Erkrankter in den 1970er Jahren, in Deutschland im Rahmen der Psychiatrieenquete (Längle 2001). Als Folge der Auflösung psychiatrischer Langzeiteinrichtungen mussten kreative Wege gefunden werden, um die teilweise jahrzehntelang hospitalisierten Betroffenen angemessen zu versorgen. Viele dieser Patienten schienen nicht in die Struktur des neu entstandenen, ambulanten Versorgungsnetzes zu passen, so dass eine Reihe von Autoren von einer zunehmenden „Chronifizierung“ des psychiatrischen Klientels berichteten (Talbot 1978; Lamb 1982; Bachrach 1984). Prägend für diese Zeit war die Kategorie YACP („Young Adult Chronic Patient“ – in Deutschland: „neue Chroniker“ oder „Drehtür-Patienten“ und inzwischen „Systemsprenger“), mit der diejenigen Patienten bezeichnet wurden, für die aufgrund eines vermeintlich erheblichen Ausmaßes an „Apathie“, „Passivität“ und „Demotivation“ kein Hilfsangebot zu passen schien (Cournos 2000). Außerdem forderte man in dieser Periode eine präzisere Definition der Klassifikation „chronisch“, um gesundheitspolitischen Programmen zu einem geeigneten Zuschnitt zu verhelfen und öffentliche Zuwendungen angemessen steuern zu können (Bachrach 1997). Denn während zuvor mit „chronisch krank“ mitunter auch die in den Langzeiteinrichtungen hospitalisierte Patientengruppe bezeichnet worden war, wurde eine solche – eher pragmatisch denn wissenschaftlich fundierte – Bestimmung nach der Auflösung dieser Einrichtungen unmöglich (Goldman 1981).

Auch wenn meine kurze Begriffsgeschichte sicherlich nicht differenziert genug ist, um „Chronizität“ in einem Foucault’schen Sinn ausreichend zu historisieren,<sup>5</sup> sollte sie zeigen, dass die Klassifikation „chronisch“ einer definierten Zeitgeschichte entsprungen ist und dass diese somit ein zeitlich und räumlich kontingentes, also kulturabhängiges Phänomen darstellt. So haben bestimmte Ereignisse, gesellschaftliche Denkstrukturen und institutionelle Strömungen dazu beigetragen, dass diese Kategorie eingeführt wurde und in klinischen und bürokratischen Zusammenhängen inzwischen eine so starke Bedeutung erlangt hat. Dafür spricht auch, dass es den Begriff der „Chronizität“ in anderen Kulturen entweder gar nicht zu geben scheint, oder dass dieser dort in ganz anderen Zusammenhängen verwendet wird.<sup>6</sup> So fällt es mir in meiner Arbeit auch schwer, von „Chronizität“ als einer a-historischen Tatsache zu sprechen, die *als solche*, also unabhängig von den Bedingungen ihrer Entstehung und Verbreitung, existiert. Vielmehr möchte ich durch meine begriffsgeschichtliche Einleitung dazu einladen, „chronisch“ als ein zeitgeschichtlich bedingtes und bezeichnendes Phänomen zu betrachten, über das demzufolge auch vorwiegend kontextualisiert, d.h. in Abhängigkeit von einem *lokalen* Kontext (Geertz 1973), nachgedacht und geschrieben werden sollte.

Dies hoffe ich mit der vorliegenden Arbeit zu tun. Ich möchte also weder von „Chronizität“ als einer globalen oder universalen Erscheinung berichten, noch erheben meine Aussagen und Beobachtungen Anspruch auf Gültigkeit für jedweden klinischen

---

<sup>5</sup> Michel Foucault hat mit seiner *Archäologie des Wissens* (Foucault 1969) einen alternativen Ansatz zur Methode einer Ideengeschichte formuliert. In der Tradition strukturalistischer, also eher „subjektloser“ Ansätze innerhalb der Ethnologie, Psychoanalyse und Linguistik, interessierte sich Foucault weniger für einzelne Urheber von Ideen, im Sinne einer eindeutig zuschreibbaren Autorschaft. Vielmehr versuchte er eine Art historiographische Perspektive zu eröffnen, also ein umfassenderes Bedingungsgefüge für die Entstehung von Ideen zu beleuchten. Dazu gehörten für Foucault sowohl zeittypische Denkmuster und Theorien, als auch nicht-diskursive, institutionelle und materielle Einflussfaktoren. Foucaults Archäologie und Arbeiten in seiner Tradition sind in ihrer analytischen Akribie im Vergleich zu meiner Einleitung deutlich gewissenhafter. Ein vergleichbares Vorgehen hätte jedoch eine eher wissenschaftsgeschichtlich gelagerte Fragestellung erfordert und außerdem den Umfang dieser Arbeit gesprengt.

<sup>6</sup> Eine solche Kulturabhängigkeit zeigt auch die wunderbare Übersichtsarbeit von Lefley (Lefley 1987), die „Chronizität“ als Artefakt der Euro- Amerikanischen Kultur begreift. Schizophrene Episoden werden in anderen kulturellen Zusammenhängen bspw. als kürzer andauernd, als von einer geringeren Rückfallhäufigkeit gekennzeichnet und als in ihrem Verlauf weniger schwerwiegend beschrieben (Murphy 1971). Ebenso scheint die Behandlungshäufigkeit und –dauer von psychischen Erkrankungen interkulturell zu variieren (Lefley 1987; Westermeyer 1989; Lefley 1990). Als Gründe dafür wird angegeben, dass die Erwartungshaltungen in Bezug auf Ätiologie, Krankheitsdauer und Therapierbarkeit von Krankheiten interkulturell voneinander abweichen. Zudem fallen die Selbstbilder und Identitätsbeschreibungen der Betroffenen fundamental verschieden aus, wodurch das subjektive Krankheitserleben und der Verlauf von Erkrankungen stark beeinflusst wird (Marsella 1982; Lefley 1990).



oder lebensweltlichen Zusammenhang. Stattdessen fand meine Forschung in einem spezifischen Kontext statt und kann deshalb auch nur über diesen Kontext Aufschluss geben. Sie erfolgte in der sozialpsychiatrisch inspirierten Versorgungslandschaft Berlin und lässt sich deshalb in ihrer Orientierung, in ihren Beobachtungen und Folgerungen vor allem in diesem Milieu verorten. Sie ist außerdem, wie oben bereits erwähnt wurde, stark durch bestimmte Methoden und Theorien beeinflusst, die am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität angewendet werden. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass diese Arbeit von mir – einem an der Universität Witten/Herdecke sozialisierten, inzwischen in der Sozialpsychiatrie psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Arzt, der im Vorfeld ein Masterprogramm in der Ethnologie in England durchlaufen hat – parallel zu den ersten Jahren meiner Berufserfahrung verfasst wurde. Angesichts dieser Zusammenhänge kann meine Arbeit auch nur einen kleinen Ausschnitt des Phänomens „Chronizität“ erfassen. Mehr noch: Die Art und Weise, wie ich „chronisch“ definieren und veranschaulichen werde, ist selbst schon ein Produkt dieser Umstände. Im zweiten Teil meiner Diskussion werde ich auf die methodologischen Implikationen eines solchen Forschungsansatzes ausführlicher eingehen. Zunächst will ich mich jedoch mit der Frage beschäftigen, was „Chronizität“ in all dieser Bedingtheit überhaupt sein kann.

### **Was ist „Chronizität“?**

Eine eindeutige oder verbindliche Definition von „Chronizität“ gibt es nicht. Ein Großteil der Literatur verzichtet auf eine Festlegung und verwendet die Kategorie weitgehend unhinterfragt als ein „quasi-naturalistisches“ Phänomen (Talbot 2004). Andere Arbeiten bemühen sich darum, „chronisch“ näher zu bestimmen, wobei jeder dieser Ansätze auf Kritik gestoßen ist. Einige Autoren versuchten „Chronizität“ in Form von umschriebenen Spezifika bestimmter Erkrankungen zu operationalisieren, oft in Bezug auf drei Kriterien: Diagnose, funktionelle Einschränkung und Krankheitsdauer. Sie betrachten bspw. gewisse Erkrankungen als prinzipiell „chronisch“, wie schizophrene oder affektive Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, aber auch geistige Behinderungen (Bleuler 1911; Goldman 1981; Bachrach 1988) und sind damit zu Recht der Kritik begegnet, die *realiter* stark wechselhaften Verläufe dieser Erkrankungen außer Acht zu lassen. Andere Ansätze koppeln die Verwendung der Kategorie „chronisch“ an einen bestimmten Grad der Behinderung, wobei dieses Vorgehen, insbesondere angesichts der neuen UN-Konvention, die eine Be-

hinderung weniger als die Eigenschaft einer einzelnen Person denn als das Ergebnis einer komplexen Situation auffasst, ebenfalls zu hinterfragen ist (Dufol 1992). Diskussionen hat auch das sicherlich intuitiv überzeugendste, jedoch nicht weniger problematische Merkmal der Krankheitsdauer ausgelöst. Hier stellt sich die Frage, ab welcher Krankheitsdauer überhaupt von einem „chronischen“ Verlauf gesprochen werden kann (Schinnar 1990; Bachrach 1992). Eine solche Definition impliziert zudem die Fähigkeit, das Anhalten von Symptomen prophetisch vorauszusehen, vermischt also Persistenz mit Progression und vernachlässigt darüber hinaus den meist episodischen Charakter von psychischen Erkrankungen (Schinnar 1990; Ruggeri 2000).

Um das Paradox dieser zahlreichen, teils auch gegensätzlichen Beschreibungsversuche von „Chronizität“ zu verdeutlichen, wendete Schinnar (1990) 17 unterschiedliche Definitionen auf ein und dasselbe Aggregat „chronisch Kranker“ an und beschrieb eine stark schwankende Prävalenz von minimal 4 bis maximal 88 Prozent. Er schließt daraus, dass die Klassifikation „chronisch“ keinesfalls dazu taugt, etwas Spezifisches zu bezeichnen, so dass man sich fragen muss, ob sie überhaupt noch herangezogen werden sollte. Darüber hinaus ist der Begriff „chronisch“ auch aus anderen Gründen in die Kritik geraten: Er verstelle den Blick auf feinsinnige Veränderungsprozesse, Ressourcen und Kompetenzen von Betroffenen und erschwere dadurch maßgeblich kreative Behandlungsansätze (Estroff 1991). Zudem riskiere die Klassifikation „chronisch“, wie jede andere auch, das Einzigartige und Unverwechselbare von Krankheitsverläufen zu übersehen, also inter-individuelle Unterschiede zu homogenisieren (Bachrach 1993). Sie habe außerdem ein stigmatisierendes und abwertendes Potential, indem sie eine schlechter von einer besser gestellten Patientengruppe unterscheide (Scott 2005). Dies könne schließlich dazu führen, dass die Klassifikation in Form einer selbsterfüllenden Prophezeiung das klinische Urteil, die Steuerung von medizinischen und finanziellen Ressourcen sowie ganze Gesundheits- oder Forschungsprogramme fehlzuleiten vermöge (Ciompi 1980; Harding 1987).

Aus all diesen Gründen raten viele Autoren dazu, die Klassifikation „chronisch“ abzuschaffen oder sie durch Begriffe wie „andauernd“ oder „schwer“ zu ersetzen (Talbot 2004). Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein solches Vorgehen tatsächlich zu mehr

definitorischer Klarheit führte oder dazu, all diejenigen unerwünschten Effekte zum Verschwinden zu bringen, die der Begriff „chronisch“ mit sich bringen kann. So zeigen auch einige meiner Aufsätze, dass das Konzept der „Chronizität“,<sup>7</sup> obgleich oft gar nicht explizit benannt, einen erheblichen Einfluss auf die Behandlungsroutinen und Denkweisen von psychiatrisch Tätigen haben kann und als historisch gewachsene und inzwischen etablierte Kategorie von zentraler Bedeutung für die Konstitution des psychiatrischen Alltags ist. Darüber hinaus eröffnet diese Bezeichnung, wie oben bereits erwähnt wurde, den Zugang zu diversen sozialrechtlichen und finanziellen Ressourcen und strukturiert dadurch die Lebenswirklichkeit vieler psychisch Erkrankter entscheidend. Schließlich scheint auch die Vielzahl der oben beschriebenen Definitionsversuche darauf hinzuweisen, dass das Phänomen „chronisch“ im institutionellen Alltag seine Bedeutsamkeit hat. Es fragt sich nur, wie sich diese am besten fassen lässt.

In meiner Arbeit möchte ich dieser Frage mit Hilfe eines praxistheoretischen Ansatzes nachgehen. Ein solcher Ansatz geht davon aus, dass jedwede Wirklichkeit nicht „aus sich heraus“ existiert, sondern fortgesetzt *hergestellt* werden muss, um überhaupt existieren zu können. Aus praxistheoretischer Sicht erstellt sich Wirklichkeit demnach vor allem dadurch, dass sie *getan, gemacht oder produziert* wird; sie muss also, um wirken oder überhaupt *sein* zu können, in sogenannten *Praxen* umgesetzt werden. Praxen werden dabei als Handlungsvollzüge oder, besser noch, als alltägliche Formen des *Tätigseins* im Rahmen von spezifischen Situationen verstanden.<sup>8</sup> Die Medizinethnologin Annemarie Mol (Mol 2002) hat den praxistheoretischen Ansatz entscheidend geprägt. In ihrem Buch *The Body Multiple* (Mol 2002) zeigt sie, wie das

---

<sup>7</sup> Zur Verwendung der Bezeichnungen *Begriff, Konzept* und *Phänomen* siehe Fußnote 4. Die Bezeichnungen *Phänomen* oder *Konzept* nutze ich, um zu beschreiben, was „Chronizität“ im Alltag *ist*; also wenn ich mich auf die institutionell gelebten, heterogenen, zeitlich und räumlich kontingenten Wirklichkeiten der Klassifikation beziehe.

<sup>8</sup> Der Begriff des *Tätigseins* wird in dieser Arbeit dem Konzept des *Handelns* deshalb vorgezogen, weil Letzterer vielen praxistheoretischen Autoren zu voluntaristisch und rationalistisch erscheint. *Tätigsein* hingegen wird in der Praxistheorie, wie ausführlich im zweiten Teil der Diskussion gezeigt werden soll, im semiotischen Sinn verstanden, im Sinne einer „Verschiebung“, „Bewegung“, oder auch „Proposition“; fast also als Antithese zum Konzept eines zielgerichteten, bewussten und individualistisch intentionierten Handelns (Barthes 2010). Praxen sind als „übersubjektive Zusammenhänge“ zu verstehen, wobei die Motivation für Handlungen oder besser Tätigsein weder *nur* innerhalb eines tätigen Subjekts, noch *nur* in einer es umgebenden, objektiven Struktur zu verorten ist. Das Subjekt wird also in einen größeren Bezugsrahmen eingerückt, eben in denjenigen der Praxis, die demnach als eine Art „Scharnier zwischen Subjekt und Struktur“ fungiert (Reckwitz 2003). Dieses Konstrukt umgeht demzufolge die seit Jahrzehnten andauernden „Grabenkämpfe“ zwischen Vertretern des Strukturalismus und des Subjektivismus (Hirschauer 2004).

Phänomen „Atherosklerose“ im Rahmen von unterschiedlichen Praxen hergestellt wird: Im Labor wird „Atherosklerose“ im Rahmen definierter histologischer Merkmale bestimmt; in der Interaktion von Arzt und Patient durch ein subjektives Befinden; und in der Wissenschaft durch ein kennzeichnendes Cluster an Symptomen und klinischen Erscheinungen. Dabei ist das Phänomen „Atherosklerose“ diesen labortechnischen, klinischen oder wissenschaftlichen Praxen nicht etwa vorgeschaltet, sondern wird durch diese allererst zur Existenz gebracht. So macht die Gesamtheit all dieser Praxen „Atherosklerose“ erst zu dem, was es ist: Zu einem lokalen, in die Bedingtheit von spezifischen Situationen eingebetteten Ereignis, das nur durch diverse Wechselbezüge mit seiner Umgebung seine tatsächliche Gestalt erhält.<sup>9</sup>

Mol (2002) nutzt den Begriff der *Aktualisierung* („enactment“), um diese Prozesse der Herstellung zu bezeichnen. Sie grenzt sich damit von unterschiedlichen in den Sozialwissenschaften kursierenden methodischen Ansätzen ab. Für Mol bedeutet *Aktualisieren* wirklich Herstellen, im radikal ontologischen Sinne, während der Begriff der *Performanz* ihrer Meinung nach auf eine bloße Inszenierung hinweise, die, selbst „unwirklich“, die Wirklichkeit lediglich überspiele. Auch *konstruktivistische* Ideen greifen nach Mols Ansicht zu kurz, da sie den Herstellungsprozess von Phänomenen in der Vergangenheit verorten, dabei jedoch die Tendenz haben, die einmal hergestellte aktuelle Welt für gegeben und stabil zu erachten. Dagegen vertritt das Konzept der Aktualisierung die Auffassung, dass auch die Gegenwart unaufhörlich hergestellt werden müsse und dass sie darum, als Ergebnis andauernder Produktionsleistungen, nur scheinbar stabil sei. Schließlich grenzt sich Mol von *perspektivistischen* Ansätzen ab: Diese nähmen lediglich einen Unterschied von *Sichtweisen* an, im Sinne einer *epistemologischen* Differenz, während das Konzept der Aktualisierung einen *ontologischen* Unterschied von Phänomenen in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext postuliere: Wenn ein Phänomen in seiner Gestalt von der Beschaffenheit der jeweils

---

<sup>9</sup> Der Praxistheorie ähnliche Forschungsansätze sind auch in Arbeiten verwendet worden, die in Hinblick auf die Beschreibung des psychiatrischen Alltags vertrauter sind als die Literatur der Medizinethnologin Anemarie Mol. So zeigen die beiden Ethnologen Fenger und Fenger (Fenger 1980), wie „Sicherheit“ und „Ordnung“ auf einer psychiatrischen Station hergestellt werden: Konflikte werden um jeden Preis vermieden, Patienten kontrolliert, überwacht, klassifiziert und zu etwas „Anderem“ gemacht. Innerhalb des Teams wird absolute Loyalität um ihrer selbst Willen eingefordert, wodurch Differenzen nivelliert werden. „Ordnung“ und „Sicherheit“ sind in dieser Arbeit also nicht gegeben, sondern müssen fortwährend durch das Zusammenspiel verschiedener Akteure produziert werden. In ähnlicher Weise zeigt Thomas Floeth (Floeth 1991), wie im psychiatrischen Alltag „Freiräume“ und „Regelhaftigkeit“ durch ein Zusammenwirken von Menschen und Materie erzeugt werden. Eine gewisse institutionelle Kultur ist auch bei ihm das Ergebnis fortwährender Anstrengungen und Interaktionen und kann demzufolge nicht als vorgängig angesehen werden.

umgebenden Situation abhängt, sind auch seine ontologischen Eigenheiten entsprechend variabel, nämlich situationsgebunden wandlungsfähig (ibid, S. 105-106).

Im Vergleich zu Mols ziemlich radikaler, nämlich ontologischer Auffassung von *Aktualisierung* stütze ich mich in meiner eigenen Arbeit auf eine mit dem psychiatrischen Diskurs etwas verträglichere Lesart. Es ist ohnehin kaum zu klären, ob ein Phänomen unabhängig von den jeweils herstellenden Praxen, also *an und für sich* existiert oder nicht; diese Frage ist bekanntlich seit Jahrhunderten Gegenstand von aufreibenden, letztendlich aber unentscheidbaren epistemologisch-philosophischen Debatten (Latour 1998). Ich möchte deshalb Mols Begriff der *Aktualisierung* eher im Sinne von *Verwirklichung* oder *in Kraft setzen* verstehen, wie die Definition des Duden lautet: Damit ein „chronisches“ Phänomen überhaupt selbst tätig werden oder ins Handeln (*en-act*) geraten kann, muss es im Rahmen spezifischer Praxen verwirklicht oder in Kraft gesetzt werden. Ich interessiere mich also, wie Mol, vor allem für die situativ jeweils spezifischen Effekte von aktualisierenden Praxen, stelle zugleich jedoch die Frage zurück, ob ein Phänomen diesen Praxen vorgängig existiert oder nicht. Letztendlich lässt der Begriff der Aktualisierung auch beide Möglichkeiten offen, nämlich, dass ein Phänomen einerseits *an und für sich* existiert, also der Aktualisierung vorausgeht, oder dass es andererseits erst im Rahmen aktualisierender Praxen zur Existenz gebracht wird, also *ontologisch* von diesen abhängt. Gleichzeitig führen beide Versionen zu einem analytischen Fokus, der sich nicht auf die Essenz eines Phänomens, also auf seine unabänderlichen oder überdauernden Charakteristika richtet, sondern auf die Art und Weise, in der dieses Phänomen im Rahmen einer Praxis aktualisiert, also hervorgebracht wird.

So soll nachfolgend, ähnlich wie in den Arbeiten von Annemarie Mol, auch die Frage nach dem *Wie* der beschriebenen Aktualisierungsprozesse im Vordergrund stehen: Auf welche Weise wurden die in meinen Aufsätzen jeweils beschriebenen „chronischen“ Phänomene verwirklicht, in Kraft gesetzt? Welche unterschiedlichen Formen von Tätigkeit spielten dabei eine Rolle? Und wie verbanden sich die Effekte dieses Tätigseins miteinander, so dass sich am Ende „chronische“ Phänomene aktualisierten? In den ersten drei Aufsätzen werde ich dabei vor allem die Effekte von Sprach- und Wissensformen, also bestimmte sprachlich-begriffliche Einflussfaktoren auf die Aktualisierung von „chronischen“ Phänomenen untersuchen. Der vierte Aufsatz kon-

zentriert sich auf die Auswirkungen von körperlich vermitteltem, interaktivem Tätigsein auf das Phänomen der „Chronizität“. Schließlich wird im fünften Aufsatz der Einfluss materiell-dinghafter Faktoren verdeutlicht und folglich gezeigt werden, dass potentiell auch Räume und Gegenstände „chronische“ Phänomene aktualisieren können. Im ersten Teil meiner Diskussion sollen die Einsichten aus meinen Aufsätzen kontextualisiert, also versucht werden, diese in die bestehende sozialpsychiatrische und sozialwissenschaftliche Literatur einzubetten. Im Anschluss werde ich die thematischen Stränge der einzelnen Aufsätze miteinander in Beziehung setzen, um ein facettenreicheres, dynamischeres Bild von „Chronizität“ zu entwerfen. Schlussendlich möchte ich der Frage nachgehen, welche klinisch-praktischen Implikationen die von mir dargestellte Auffassung von „Chronizität“ hat. Im zweiten Teil der Diskussion soll es dann um methodologische Fragen gehen. Im Rückgriff auf herkömmliche Konzepte der Sozialarbeit und -pädagogik werde ich mich mit den Grundlagen eines praxistheoretischen Forschungsansatzes auseinandersetzen.

## **Aufsatz 1**

**von Peter, S. (2010): The temporality of „chronic“ mental illness. Culture, Medicine and Psychiatry, 34 (1), 13-28**

Um einen Einblick in die Formen zu erhalten, in denen sich „Chronizität“ aktualisiert, müssen wir den Gebrauch und die Auswirkungen von bestimmten institutionellen Kernbegriffen, Klassifikationen, Sprachbildern und anderen Wissensformen kritisch untersuchen. Aufsatz 1 zeigt, wie das in psychiatrischen Institutionen häufig verwendete Konzept von Zeit als objektive, universelle Maßeinheit die Veränderungspotentiale der beschriebenen Patientin maßgeblich einschränkte. Allein dieses Konzept bewirkte bei den beteiligten psychiatrisch Tätigen ein bestimmtes praktisches Vorgehen, löste bei ihnen gewisse Erwartungen aus und bestimmte außerdem – im Sinne einer handlungsleitenden Prämisse – darüber, wann ihnen Enttäuschung oder Unzufriedenheit angesichts der (vermeintlich) fehlenden Entwicklungsschritte der Patienten als angebracht erschienen. Demgegenüber formuliert der Artikel ein alternatives, nämlich prozessuales und individualisiertes, in der Phänomenologie begründetes Verständnis von Zeit, das ein dynamisches, kreatives und weniger standardisiertes therapeutisches Vorgehen ermöglichen kann. Ich möchte damit zeigen, wie sehr Konzepte potentiell die Handlungs- und Denkweisen von professionell Handelnden festschreiben und dadurch institutionelle Routinen tätig beeinflussen können.

**<http://dx.doi.org/10.1007/s11013-009-9159-x>**





































## **Aufsatz 2**

**von Peter, S. (2012): Cultivating Vagueness in Treating the Severely Mentally Ill. Social Theory & Health; 10, 141-155**

Der zweite Aufsatz beschreibt zwei unterschiedliche Möglichkeiten, mit Klassifikationen umzugehen. Im einen Fall wurden sie im Sinne einer „reifizierten Kategorie“ eingesetzt, sie sollten hier also ein typisches, vorwiegend wissenschaftlich-abstraktes Wissen generieren. Im anderen Fall wurden Klassifikationen als Provisorien betrachtet, also als medizinisch-technische Konstrukte. Letzteres ermöglichte den psychiatrisch Tätigen eine Haltung, die viel Raum für das Erfahrungswissen der Betroffenen zuließ und vor allem darauf abzielte, die Komplexität und Vieldeutigkeit der beschriebenen Symptomatik in Augenschein zu nehmen. Diese Gegenüberstellung soll den Unterschied zwischen einem abstrakten, wissenschaftlich-präzisen und medizinisch orientierten Wissensbestand und einem erfahrungsbasierten, lebensfeldorientierten und verkörperten Wissen verdeutlichen. Im Sinne eines Kontrasts zwischen diagnostischer Schließung und narrativer Offenheit soll sie verdeutlichen, dass die Art der Klassifizierung immer spezifische Effekte hat, sich also tätig darauf auswirkt, wie Patienten in der Institution eingeschätzt und auch behandelt werden.

**<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2011.23>**



































### **Aufsatz 3**

**von Peter, S. (2013): „Chronic“ Identities in Mental Illness. Anthropology & Medicine; 20 (1), 48-58**

Dieser Aufsatz soll verdeutlichen, wie die therapeutischen Wahrnehmungs- und Interaktionsmöglichkeiten durch bestimmte Konzepte gelenkt und wesentlich geleitet werden. Zwei unterschiedliche Subjektivitätsmodelle werden einander gegenüber gestellt: Das Erste betrachtet Subjektivität als in sich abgeschlossen, selbstbezogen und abgekoppelt von denjenigen situativen Zusammenhängen und atmosphärischen Bedingungen, in denen sich Identitäten jeweils aktualisieren – das zweite Modell ist durch die Idee einer inter-, bzw. intra- individuellen Pluralität bestimmt und impliziert ein relationales und ressourcenorientiertes Verständnis vom Menschen. Beide Modelle sind kulturell verankert, also eng verwoben mit spezifischen gesellschaftlichen Vorstellungen von der Welt. Sie führen jeweils zu unterschiedlichen Sprachformen und Haltungen bei den professionell Handelnden, beinhalten ein jeweils charakteristisches Repertoire an Handlungs- und Denkweisen und bestimmen dadurch wesentlich das konkrete Miteinander der an den beschriebenen Situationen Beteiligten.

**<http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2013.772493>**



























#### **Aufsatz 4**

**von Peter, S. (2013): Exploring embodied perspectives of change within a psychiatric context: Some preliminary remarks from a psychiatrist. Subjectivity; Vol. 6, 2, 212–224**

Im Aufsatz 4 wird dem Körper eine besondere Rolle in der Herstellung der beschriebenen Veränderungen zugeschrieben. Zum einen bemühte ich mich darum, einen vorwiegend körperlich vermittelten, feinsinnigen und wechselseitigen Abstimmungsprozess zwischen Patientin und Therapeut zu schildern. Dadurch sollte gezeigt werden, auf welche Weise zwischen beiden eine spürende Verständigung gelang, die vor allem durch Bewegung, Stimme, Blicke, Gebärden und Körperhaltung entstand. Zum anderen war es *der Körper* der beschriebenen Patientin, der es vermochte, diese selbst zu beruhigen, der also die beschriebenen Veränderungen tätig herbeiführte. Während die Patientin über den Prager Frühling sprach, breitete sich ein intuitives, nicht ausformuliertes Wissen um sich selbst aus. Dieses Wissen schien in ihrem Körper gespeichert und führt durch Vergegenwärtigung zu einer mutigen, selbstbestimmten und entschiedenen Haltung. In beiden Fällen ging der zentrale Impuls für die Veränderung also von den Körpern der beteiligten Personen aus. Diese sind zum Einen die Quelle des beschriebenen Miteinanders, indem sie wortlos das gegenseitige Erspüren und Sichverständigen erzeugten oder synchronisierten. Zum Anderen verfügte der Körper der genannten Patientin selbst über ein Reservoir an eigenwilligem Handlungswissen, das die beschriebenen Veränderungen eher vor-reflexiv möglich machte.

**<http://dx.doi.org/10.1057/sub.2013.3>**































## **Aufsatz 5**

**von Peter, S. (2013): Agency, materiality and mental illness. Social Theory & Health; 11, 317–326**

Dieser Aufsatz soll zeigen, dass Gegenstände und Räumlichkeiten sehr wohl ein eigenes, genuines Potential für Veränderung in sich tragen. Die materielle Welt wird dementsprechend nicht nur als passiv oder teilnahmslos beschrieben, sondern als selber tätig und dadurch wirkungsvoll und belebt. So sind es die Auswirkungen von unterschiedlichen Objekten und die spezifischen Effekte der im Aufsatz beschriebenen Räumlichkeiten, die die dargestellten Veränderungsprozesse im eigentlichen Sinn erst hervorbrachten. Ganz in diesem Sinne verwies die beschriebene Patientin, nach den Gründen für die Veränderung ihres Verhaltens im Laufe des Tages befragt, auf ihre materielle Umgebung: Sowohl die verschlossene Tür des Teamzimmers – die sie als schmerzhaftes Konkretisieren ihrer Zurückweisung durch das Team empfand – als auch die tagsüber ungeschützte, hektische Atmosphäre in den sie umgebenden Räumlichkeiten hatten ihrer Meinung nach einen direkten Effekt auf ihr Befinden. So ermöglichte ihr erst die nächtliche Ruhe auf der Station eine wirkliche Begegnung mit den Teammitgliedern; auf ähnliche Weise beruhigte sie das gemeinsame Rauchen im „professionellen Territorium“, dem Teamraum, sowie der selbst erschaffene Rückzugsort hinter einer Pflanze innerhalb eines Winkels der Station.

**<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2013.3>**























### **3.) Diskussion**

## **Teil I – Diskussion theoretischer und klinisch-praktischer Perspektiven**

### **Effekte von Sprach- und Wissensformen**

Sprachbilder, Begriffe und andere explizite Wissensformen bilden Wirklichkeit nicht nur ab, sondern beeinflussen auch erheblich, was wir für wirklich halten. Dies zeigte die linguistische Wende, die seit den 60er Jahren unterschiedliche akademische Disziplinen erfasste. Autoren wie Ludwig Wittgenstein (Wittgenstein 1969), Jaques Derrida (Derrida 2006) und Richard Rorty (Rorty 1981) wiesen darauf hin, dass Worte und Sprachbilder durch geteilte Konventionen entstehen. Denn, eingebettet in „lokalen Übereinkünften“ (Gergen 2008), beeinflussen sie nicht nur unsere Art zu sprechen und zu denken, sondern auch, wie wir unsere Welt begreifen und wie wir in ihr handeln. Der soziale Konstruktivismus behauptet sogar, dass ein Zugang zur Wirklichkeit nur durch eine Analyse von Sprachbildern möglich ist (Flick 2005). Er löste eine „Krise der Repräsentation“ aus, indem er der Wissenschaft jedwede Möglichkeit absprach, die Wirklichkeit unabhängig von sprachlichen Konstruktionen zu erfassen (Gergen 2008). Sprach- und Wissensformen sind also häufig nicht zu unterscheiden von der Welt, die sie beschreiben (Kvale 1992). Sie sind auf ihre eigene Weise tätig, indem sie die Welt nicht nur abbilden oder repräsentieren, sondern auch dazu beitragen können, bestimmte Handlungsmöglichkeiten entweder zu erzeugen oder unzugänglich zu machen.

Die ersten drei Aufsätze zeigen, dass Vorannahmen, Konzepte und Klassifikationen in der institutionellen Praxis unvermeidlich sind (Bowker 2000). Denn sie geben Orientierung und reduzieren Komplexität, sie helfen die Rollen von Beteiligten zu definieren und ermöglichen dadurch die Interaktion von Menschen, Technologien und Arbeitsabläufen. In dieser Hinsicht müssen Klassifikationen und Konzepte als eine wesentliche Voraussetzung für das institutionell-klinische Handeln verstanden werden: Sie abstrahieren vom konkreten Sachverhalt und machen dadurch Phänomene erst vergleich-, beschreib- und standardisierbar (Taussig 1992). Der Philosoph John Dewey zeigt zum Beispiel, dass Diagnostizieren nur auf der Grundlage geteilter Konventionen möglich ist (Dewey 1986). Und die Anthropologin Tanja Luhrmann beschreibt, wie junge Ärzte diese Konventionen im Rahmen ihrer Ausbildung Schritt für

Schritt lernen und wie am Ende dieses Prozesses der „klinische Blick“ (Foucault 1988) darüber entscheidet, was im klinischen Alltag als relevant erachtet wird oder überhaupt erkannt werden kann (Luhrmann 2000). Klassifikationen sind also oft als impliziter Erkenntnisrahmen tätig, sie machen bestimmte Aspekte eines Phänomenbereichs sichtbar, treffen mithin eine Aussage darüber, was wichtig oder unwichtig ist. Dadurch bringen sie jedoch abweichende Wahrnehmungen und Perspektiven häufig auch zum Schweigen (Bowker 2000).

Klassifikationen und Konzepte bestimmen also wesentlich, wie die Welt erkannt werden kann, als was diese aufgefasst wird und wie in ihr zu handeln ist. Der Wissenschaftstheoretiker Ian Hacking beschreibt diesen zirkulären Zusammenhang als „making up“ (Hacking 2006). Er zeigt, dass Klassifikationen und Sprachbilder Phänomene und Formen des Menschseins herstellen können, die es vorher in dieser Weise nicht gegeben hat. So lernen Betroffene im Verlauf des Diagnostizierens und Behandelns immer auch, wie sie sich – in Übereinstimmung mit professionellen Konzepten und Vorannahmen – äußern und verhalten sollen. Dies wiederum beeinflusst häufig, wie sich Patienten fühlen und selbst verstehen. In diesem Zusammenhang zeigt die Medizinanthropologin Emily Martin, wie stark die Sprache im Rahmen der Selbsthilfe durch einen medizinisch-wissenschaftlichen Fachjargon bestimmt wird (Martin 2007). Sie verdeutlicht, dass sich das bewertende und „gemachte“ Moment von Klassifikationen verlieren kann und diese irgendwann als „real“, also als eine Beschreibung von Wirklichkeit anerkannt und angesehen werden. Feinsinnige Prozesse der Selbsterklärung geraten dabei häufig in Gefahr, können sich also angesichts einer solchen hegemonialen Übermacht von medizinisch determinierten Klassifikationen verlieren.

Auch in der medizinisch-psychiatrischen Literatur werden die Effekte von Klassifikationen, Sprachbildern und Konzepten auf die klinische Praxis problematisiert. Asmuss Finzen beschreibt, wie der Einsatz von Klassifikationen den medizinischen Disziplinen im Verlauf der Geschichte zu einiger Macht verholfen hat (Finzen 1996). Klaus Dörner und Ursula Plog weisen darauf hin, dass Begriffe die Wirklichkeit stark beeinflussen können (Dörner 1996) und darum im klinischen Alltag mit Vorsicht eingesetzt werden sollen. Ähnlich sieht die Stigmaforschung in Prozessen der Selbst- und Fremdetikettierung einen wesentlichen Grund für das Fortbestehen von psychischen Erkrankungen (Goffman 1961; Gove 1975; Scheff 1984; Thoits 1985; Link 1992; Ro-

senfield 1997). In diesem Sinn empfiehlt auch der Psychopathologe Karl Jaspers, den Effekt von Sprache für die Konstitution von Welt im Zusammenhang mit medizinischen Praxen kritisch zu untersuchen (Jaspers 1913). Salina Braun zeigt in einer medizinhistorischen Arbeit, dass die begriffliche Zuschreibung von Unheilbarkeit bereits im 19. Jahrhundert eminente Auswirkungen auf die konkrete Versorgung von psychisch Kranken hatte. Klassifikationen wie „Dementia praecox“ (Bleuler 1911) und „Schizophrenie“ sind seither in Verdacht geraten, die entsprechenden Krankheiten in Form einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung festzuschreiben. Haben diese einmal zu einer dominierenden Erzählung geführt, behindern sie einen gewinnbringenden therapeutischen Zugang und bekommen dadurch unmittelbar Relevanz in der klinischen Arbeit (Schweitzer 1995).

Auch auf der Ebene von versorgungspolitischen und bürokratischen Praxen hat Sprache einen wirklichkeitsstiftenden Effekt. Der Psychiater Reinhard Lütjen (Lütjen 2010) setzt bspw. dem Begriff der „Alltagsstrukturierung“ – in seiner Handlungsorientierung vorwiegend auf ein *Tun* gerichtet – das Sprachbild der „Lebensführung“ entgegen, das auf eine Sinn-orientierte Therapieform zielt und demzufolge in der Planung von Versorgungsmodellen grundsätzlich eine Subjektperspektive mitdenkt. Der Soziologe Sven Opitz beschreibt (Opitz 2008), wie der Begriff der „Exklusion“ den Körper von psychisch Kranken als ein „ent-sozialisiertes“ Material darstellt, das losgelöst von allen sozialen Beziehungen unverständlich und sinnlos bleibt. In ähnlicher Weise zeigt die Ethnologin Anne Lovell (Lovell 1997), dass die Obdachlosigkeit von psychisch Kranken als Dasein an „Nicht-Orten“ sprachlich gefasst wird, ohne Bezug zum klar definierten Raum der Normalität. Beide Konzepte scheinen also wenig dazu geeignet, Integration oder gar Inklusion zu befördern. Der Psychiater Günter Ernst-Basten (Ernst-Basten 2008) macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass diese beiden politischen Leit- (und Sprach-)bilder außerdem zu jeweils unterschiedlichen Behandlungsmodellen führen und damit der Wirklichkeit des therapeutischen Alltags zu einer ganz konkreten Gestalt verhelfen können. Schließlich thematisieren mehrere unterschiedliche Arbeiten die wirklichkeitsgenerierende Wirkung von marktwirtschaftlichen „Plastikwörtern“ (Pfefferer-Wolf 2003) S. 10). Sie diktieren ein bestimmtes Menschenbild, das wenig Raum für Begriffe wie „Erleben“, „Gefühl“, „Atmosphäre“ und „Intersubjektivität“ zulässt (Debus 2003). Als Vordenker ist hier Karl Peter Kisker zu erwähnen (Kisker 2007), der die bürokratische und verwaltungslogische Semantik

für unzulänglich hält, die Bedürfnisse von „Unterprivilegierten und Verrückten“ im Rahmen von Versorgungsmodellen adäquat erfassen zu können.

Daneben können Sprachbilder und Wissensformen auch im klinischen Alltag tätig werden und dadurch eine ganz konkrete Wirklichkeit erzeugen. Sie betreffen Vorstellungen von Patienten (Buchholz 1999), aber auch Bilder von dem, was ihnen helfen kann und soll. Eine Analyse von institutionellen Sprachbildern ist umso wichtiger, als therapeutische Systeme sprachlich organisiert und somit in ihrer Wirklichkeit stark von Sprache abhängig sind (Anderson 2008). Zum Beispiel zeigen die Ethnographen Fengler (Fengler 1980) und der Psychiater Thomas Floeth (Floeth 1991), dass eine Untersuchung von Begriffen wie „Ordnung“, „Regeln“ und „Sicherheit“ geeignet ist, institutionelle Praxen, deren architektonische Gegebenheiten und die jeweils fördernden oder hemmenden Effekte auf die Entwicklung von Patienten zu begreifen. Beide Autoren weisen auf die Alltagsrelevanz dieser Sprachbilder hin und stellen dar, wie diese in ihrer kulturellen Einbettung ein Repertoire an impliziten und expliziten Handlungsaufträgen beinhalten. Schließlich wandelt sich auch unsere Auffassung vom Körper in Abhängigkeit von der Weise, in der wir von ihm sprechen. Begriffe wie „Synapse“, „Neurotransmitter“, oder „Selbstheilung“ und „Absicht“ beeinflussen nicht nur, wie wir den Körper verstehen, sondern auch, auf welche Art wir die Gesundheit von Patienten herbeiführen wollen (Debus 2003). Dies sind Beispiele dafür, dass Sprachbilder immer einen Effekt darauf haben, wie Veränderung gedacht und welche konkreten Schritte dafür in der Praxis eingeschlagen werden.

### **Effekte von körperlich-interaktiven Faktoren**

In den ersten drei Artikeln haben vor allem Ideen, Sprachbilder und Kategorien, also vorwiegend sprachlich-diskursiv vermittelte Wissensformen „Chronizität“ entweder aktualisiert oder zum Verschwinden gebracht. Im vierten Aufsatz wurde indessen gezeigt, welchen Effekt das Tätigsein von menschlichen Körpern auf die Aktualisierung bzw. Entaktualisierung „chronischer“ Phänomene haben kann. Denn sowohl in sozialwissenschaftlichen Handlungstheorien (Böhle 2010), als auch in der sozialpsychiatrischen Forschung (Winter 2010) hat man das dem Körper eigene Potential für Veränderung über viele Jahrzehnte zu wenig beachtet. Vielleicht auch als Spätfolge der Aufklärung wurde der Körper vielmehr als ein Gegenspieler und stellenweise auch „Störfaktor“ des selbst-reflexiven, bewussten und kognitiv gestaltenden Subjekts behandelt, also als eine Substanz, die nur wenig dazu beiträgt, die soziale Wirk-



lichkeit aktiv und in eigener Weise zu formen und mitzugestalten (Lock 2007). Eine solche „Körpervergessenheit“ wurde vor allem sozialkonstruktivistischen Ansätzen angelastet, die bekanntlich einen starken Einfluss auf die Sozialwissenschaften und die Sozialpsychiatrie in den 60er und 70er Jahren hatten. Soziale Wirklichkeit wurde in diesen Ansätzen vor allem auf menschliche Kommunikation reduziert, wodurch eine eher flache, körperlose und rationalistische Auffassung von psychischen Erkrankungen gefördert wurde (Müller 2001).<sup>10</sup>

Der vierte Aufsatz stützt sich auf eine vorwiegend sozialwissenschaftliche Theoretisierung des Körpers und auf deren Bemühen, diesen als eigenständigen Agenten in der Herstellung von Wirklichkeit einzubeziehen. Als bedeutende Vorläufer sind hier phänomenologische Ansätze zu nennen. So zeigte bereits der Phänomenologe Merleau-Ponty (Merleau-Ponty 1962), dass alles Sein leiblich verfasst ist und dass der Körper die Basis für jede Form von Sozialität darstellt. Und der Soziologe Marcel Mauss (Mauss 1925) bewies durch seine Typologie von „Körpertechniken“, dass sowohl alltägliche Bewegungsmuster als auch rituelle Handlungen immer kulturell überformt sind.<sup>11</sup> Beide Autoren schufen die Grundlage dafür, den Körper als ein kulturell und sozial aufgeladenes Medium zu verstehen, statt ihn als rein „organische“, dinghafte Substanz zu definieren. Sie begriffen den Körper als Produzent von eigenen Verstehens- und Verhandlungsleistungen – eine Idee, an die nachfolgende Autoren zunächst in v.a. symbolischer Hinsicht anknüpften. So zeigt die Ethnologin Mary Douglas (Douglas 1966), wie der Körper zur Herstellung von kulturellen Symbolen eingesetzt wird, während der Soziologe Norbert Elias (Elias 1976) in vergleichbarer

---

<sup>10</sup> Der Konstruktivismus wurde wiederholt dafür kritisiert, dass er durch seinen Fokus auf klassifikatorische Fragen materiell-dingliche und körperliche Einflussfaktoren in der Herstellung der sozialen Wirklichkeit vernachlässigt habe (von Tilling 2008). Die leiblich-materielle Erfahrung sei jenseits des Diskursiv-Kommunikativen nicht ausreichend zum Thema gemacht worden, so dass der Konstruktivismus wegen seiner zu geringen Anschlussfähigkeit an den Positivismus der naturwissenschaftlichen Forschung in Misskredit geriet (Winter 2010). Lannamann spricht in Bezug auf den sozialen Konstruktivismus sogar von einem Dualismus zwischen einer „subjektiven, bedeutungsvollen Welt“ und „Dingen und Ereignissen, die darauf warten, repräsentiert zu werden“ (Lannamann 1998); S. 399). Machtvolle Einflussgrößen auf die soziale Wirklichkeit könnten dadurch aus dem Blick geraten, wobei Lannamann in diesem Zusammenhang vor allem auf materiell-dinghafte und körperliche Parameter verweist.

<sup>11</sup> Hierbei kommt es zu der Schwierigkeit, dass wir verkörperte Praxen immer nur durch Sprache fassen können. Denn traditionell befinden sich sprachliche Diskurse und die der Körperlichkeit bzw. Materialität in getrennten „ontologischen Sphären“ – während erstere als produktiv gelten, warten letztere auf eine Interpretation. Die impliziten, unsystematischen und subtilen Aspekte des verkörperten Wissens sind deshalb auch nur schwer zu repräsentieren (Nash 2000). Eine einseitige Betrachtung von „nonverbaler Kommunikation“ bspw. neigt dazu, die herrschende Dichotomie von Geist versus Körper zu verstärken und dadurch ein Verständnis ihres Zusammenspiels eher zu behindern.

Weise verschiedene kulturgebundene, körpereigene Praktiken beschreibt. Bei beiden Autoren ist Kultur dem Körper vorgängig, wodurch Letzterer vorwiegend als Einschreibefläche fungiert und dadurch merkwürdig passiv, untätig und dadurch abwesend bleibt. Auch Michel Foucault (Foucault 1978) bedient sich eines ähnlichen Ansatzes: Indem er zeigt, wie der Körper durch Institutionen und Menschen nutzbar gemacht, kollektiv überwacht und reguliert wird, lässt er diesem nur wenig Raum, um auf eigene Weise substantiell zu (inter-)agieren oder selbst soziale Wirklichkeit zu gestalten.

In den 80er Jahren erhält der Körper mit dem sogenannten „bodily turn“ in den Sozialwissenschaften eine Dreidimensionalität und dadurch Lebendigkeit, die ihm zuvor nicht zugesprochen worden war. Der Begriff des „embodiment“ bezeichnet dabei einen primär leiblich vermittelten Zugang zur Welt, der Körper wird also als eine erlebende und aktiv handelnde, tätige Substanz aufgefasst (Csordas 1994; Turner 1994). Anstatt kulturelle Werte und Symbole bloß zu repräsentieren, wird der Körper damit vom Objekt zum Subjekt des sozialen Austausches. Er erhält eine eigene Art der Wirkungsmacht und wird somit zu einer produktiven Quelle der sozialen Ordnung. In diese Periode fallen auch die Arbeiten des Ethnologen und Soziologen Pierre Bourdieu (Bourdieu 1982). Er zeigt, dass der Körper über ein spezifisches Veränderungswissen verfügt, das vorwiegend automatisch, ungesteuert und vor-reflexiv operiert. In der Form von leiblichen Dispositionen bringt dieses Wissen jedoch nicht nur Routinen hervor, sondern ermöglicht vor allem eine intelligente und flexible Anpassung an Situationen. Bourdieu erforscht also in erster Linie, was der Körper *tut*, und weniger, was dieser *ist*. Weil er auf ein reichhaltiges Repertoire an körperlich gespeicherten Denk- und Handlungsschemata verweist, kann er als Vorläufer praxistheoretischer Ansätze angesehen werden.

Innerhalb des (sozial-)psychiatrischen Diskurses wird der Körper wesentlich seltener als ein veränderungserzeugendes Medium wahrgenommen als in den Sozialwissenschaften. Das liegt zum Einen daran, dass die psychiatrische Theoretisierung des Körpers in den vergangenen Jahrzehnten einer verstärkten Biologisierung unterlag, der Körper also vor allem einseitig Beachtung innerhalb von molekularen, genetischen oder bildgebenden Forschungsansätzen erhielt (Dumit 2002). Darüber hinaus wurde in der Vergangenheit der psychiatrische Wissensbestand um Körperlichkeit in

die Diskurse von spezifischen Körpertherapien ausgelagert und steht deshalb der psychiatrischen Forschung nur noch begrenzt zur Verfügung (Marlock 2006). Allenfalls versuchen ältere Arbeiten zum Thema „Chronizität“, körperliche Merkmale von Patienten in essentialistischer Weise zu beschreiben, um hieraus vermeintlich signifikante Charakteristika von Betroffenen besser definieren zu können (Heckel 1960; Raskusin 1960; Shawker 1960; Pentlarge 1963; Menninger 1984). Diese Arbeiten postulieren, „chronische“ Patienten seien bereits äußerlich identifizierbar, nämlich durch ihren grobschlächtigen Gang und sorglosen Umgang mit ihrem Erscheinungsbild sowie durch ihren ausdruckslosen Habitus und ihr vorwiegend reaktives Verhalten. Solche und andere Merkmale werden in diesen eher altmodisch anmutenden Analysen mit einer „schwelenden Entzündung“ oder „unvollendeten Narbenbildung“ (Heckel 1960) gleichgesetzt, die zu einem sich selbst perpetuierenden Zustand von Nicht-Veränderung führten.

Außerdem wird der Körper als tätiger Agent implizit auch in einigen psychiatrischen Abhandlungen thematisiert, die sich mit dem Gegenstand der therapeutischen Beziehung auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Arbeit des Psychoanalytikers Daniel Stern zu erwähnen (Stern 2005), in der er sich darum bemüht, das subtile „Dazwischen“ der therapeutischen Intersubjektivität differenziert und plastisch nachzuzeichnen. Das von ihm beschriebene „Gegenwartsmoment“ kann im Prinzip als gelungene Form eines sinnlich-leiblichen Dialogs angesehen werden, durch welchen der prekäre Grenzverlauf zwischen Fremd und Eigen und das sensible, improvisierende und intuitive Miteinander von Therapeut und Klient moduliert und gesteuert wird. Implizite und vorwiegend körperlich vermittelte Wissensformen stehen auch in dem erst kürzlich erschienenen Sammelband von Fuchs und Koch (Koch 2012) im Vordergrund des Interesses. Hier geht es um leibgebundene Gedächtnisformen, die, in Übereinstimmung mit den Gegebenheiten gegenwärtiger Situationen, in der Vergangenheit gespeicherte Informationen abrufen und entsprechend aktualisieren. Es handelt sich also ebenfalls nicht um rein automatisch oder routiniert ablaufende Schemata, sondern um ein adaptiv operierendes Körperwissen, das sich jedoch erst im Einklang mit seiner Umgebung entfalten und dadurch konkrete Veränderung tätigen, erzeugen kann.

## **Effekte von Räumen und Gegenständen**

Auf den oben beschriebenen „bodily turn“ folgte in den Sozialwissenschaften der „materialist turn“, durch den auch Gegenständen, materiellen Dingen und Räumen eine wesentliche Rolle in der Aktualisierung von Wirklichkeit zugeschrieben wurde (Frank 2008). Eine solche Auffassung richtet sich gegen die Vorstellung, dass Veränderungen vor allem durch ein planvolles, menschlich-intentionales Vorgehen hergestellt würden, während Gegenstände und Räume als statisch, immobil, stumm, passiv und somit sekundär in der Produktion von Wirklichkeit verstanden werden (Böhle 2010). Ähnlich wie der vorangegangene Artikel kritisiert also auch der Aufsatz dieses Kapitels ein überwiegend autonomes und voluntaristisches Konzept von Wirkungsmacht, das menschliche Intentionalität und Rationalität in den Mittelpunkt stellt, um soziale Wirklichkeit zu erklären. Versteckt in den institutionellen Routinen des klinischen Alltags kann ein solches Konzept, wie bereits oben beschrieben, das Miteinander und die Kommunikation der beteiligten Akteure substantiell bestimmen. Es beeinflusst damit entscheidend, wie Veränderung und Wandel erklärt, gedacht und dadurch auch tätig umgesetzt, das heißt „gemacht“ werden können.

Von Räumen und Dingen geht also eine „soziale Wirkung“ aus (Eschenbruch 2010). So trugen in meinem fünften Aufsatz die Pflanze, die Tür des Teamzimmers, die Räumlichkeiten der Station usw. jeweils wesentlich zu der beschriebenen Situation bei: Indem sie konkrete Bewegungsmuster und Handlungsmöglichkeiten vorgaben, wurden sie zu Akteuren in der Aktualisierung der beschriebenen sozialen Wirklichkeit. Diese Sichtweise schließt an ältere sozialpsychiatrische und –wissenschaftliche Arbeiten an. Bereits der Soziologe Erving Goffmann (Goffman 1961) formulierte eine materialistisch informierte Anthropologie, indem er zeigte, wie fehlende Privatsphäre in die totale Institution materiell eingeschrieben ist und wesentlich das Verhalten der Insassen prägt. Auch Michel Foucault hat mit dem Begriff des „Panopticum“ (Foucault 1996) die architektonischen Prämissen einer totalitären Institution eingefangen: Er verdeutlichte, dass sich die Insassen psychiatrischer Anstalten angesichts des durch die bloße räumliche Anordnung erzeugten Überwachungsdrucks regelkonform verhielten. Ähnlich beschrieben auch die bereits oben erwähnten Ethnologen Fengler & Fengler (Fengler 1980), dass die bauliche Struktur der von ihnen beobachteten Station vor allem deutlich machen sollte, dass eine Überwachung der Patienten jederzeit möglich ist. Indem die Anordnung der Räume die „territoriale Hoheitsmacht“

des Teams materiell festschrieb, regulierte sie, auf ihre Weise tätig, das Miteinander der Insassen auf subtile Art und Weise. Thomas Floeth (Floeth 1991) zeigt dagegen, dass es auch Freiräume innerhalb dieses sozial- räumlichen Gefüges geben kann. Diese von ihm als „Nischen“ bezeichneten Orte sind außerordentliche, sozio-materielle Konstellationen, in denen sich Team und Patienten abseits der Regelmäßigkeit des Alltags ungezwungener und gelassener begegnen können; beim gemeinsamen Rauchen, Kaffeetrinken und Sprechen; im Schwesternzimmer, in der Kanzel oder in einer unbeobachteten Ecke der Station. Floeth erläutert, dass solche Nischen eine persönliche Form der Begegnung und Sprache bewirken; sie heben klassische Machtstrukturen zeitweise auf und machen dadurch Veränderung und Wandel allererst möglich.

Neben Räumen können aber auch Objekte und Gegenstände konkrete Effekte auf die soziale Wirklichkeit haben. So beschreibt Francis Parrott (Parrott 2010) in ihrer Ethnographie, wie im stationär-psychiatrischen Setting der Bezug zum persönlichen Lebensraum oft durch Objekte vermittelt wird. Grußkarten, Blumen, Photos etc helfen den Patienten dabei, auch innerhalb der Institution ihre Identität beizubehalten. Sie verdeutlichen stabile Beziehungen, die Parrott den flüchtigen, vergänglichen Beziehungen auf der Station gegenüberstellt. Der Ethnologe Jack Levinson zeigt außerdem (Levinson 2010), dass auch Akten und andere Dokumente in der Psychiatrie die Beziehung zwischen Betroffenen und Professionellen nachhaltig formen können. Er fragt sich, welche Effekte es hat, wenn Akten in die Hand genommen, gelesen, verlegt, vergessen oder geheim gehalten werden und zeigt, dass sie in allen diesen Bezügen als disziplinierendes Instrument der Macht verstanden werden können sowie dazu dienen, professionelle Expertise sichtbar zu machen. Neben Akten und Therapienotizen macht der Ethnologe Michael Guilfoyle (Guilfoyle 2002) auch das räumliche Arrangement prototypischer Behandlungszimmer dafür verantwortlich, dass oft therapeutische Beziehungen asymmetrisch ablaufen. Etwas detaillierter beschäftigt sich die Ethnologin Katia Sondergaard (Sondergaard 2009) mit dem Stuhlkreis in der psychiatrischen Arbeit und zeigt, wie dieser spezifische Interaktionen zwischen den Beteiligten hervorbringt. Im Gegensatz zum Sitzen an einem Tisch oder zu einer Therapiesituation mit Couch (Jacobson 2009) fördert die Konstellation des Stuhlkreises nämlich den „offenen Dialog“, macht alle Bewegungen und Regungen sichtbar und lässt die Positionen der Beteiligten als gleichwertig und ausgeglichen erscheinen.

Dabei formen alle diese Objekte die Interaktion der Nutzer sicherlich nur im Sinne einer *Affordanz* (Gibson 1982), also in Form eines „physischen Angebots“, das bestimmte Handlungen ermöglicht ohne diese jedoch zu determinieren. Die Soziologen Timmermanns und Berg (Timmermans 2003) bezeichnen in diesem Zusammenhang medizinische Protokolle auch als „technoscientific scripts“, also als Textvorlagen, die Hypothesen zwar vorformulieren, diese aber nicht vollständig festschreiben können.

In der sozialpsychiatrischen Literatur wird die Diskussion über die Wirkungsweise von Räumen und Dingen am ehesten unter dem Überbegriff „therapeutisches Milieu“ geführt. Von dem Psychoanalytiker Wilfred Bion eingeführt, war dieser einer der wesentlichen Leitbegriffe für verschiedene innovative Versorgungsprogramme seit den 60er Jahren, beispielsweise für die kybernetisch orientierten Behandlungsprojekte in England (Laing 1961), für die Idee der therapeutischen Gemeinschaft (Main 1946) und für die Soteria in den USA (Mosher 1999). „Milieu“ bezog sich in diesen Zusammenhängen jedoch vorwiegend auf eine zwischenmenschliche Haltung, wurde also im klassischen Sinn als ein Interaktions- und Sozialisationsraum begriffen. Dieses Verständnis erweiterte sich erst etwas später. Der Psychiater Stephan Debus (Debus 2007) fragt sich in diesem Zusammenhang, ob Atmosphären eher eine Eigenschaft der „Innen- oder Außenwelt“ sind. Er weist darauf hin, dass der Begriff Milieuthérapie nicht ausreichend definiert wurde und darum einer Reformulierung bedarf. In der Berner Arbeitsgruppe um den psychiatrisch inspirierten Soziologen Dirk Richter wird daran anschließend derzeit die Evidenz für die Beschaffenheit von heilsam gestalteten psychiatrischen Räumen gesammelt (Richter 2014). An der Dresdner TU beschäftigt sich ein Arbeitskreis mit den Effekten von Architektur auf das Denken, Fühlen und Wohlbefinden von psychiatrisch behandelten Patienten (TU 2014). Alle diese Bemühungen entsprechen den Ideen der rezenten UN-Konvention, Behinderungen vor allem im Außen, im Kontext und der Umgebung zu verorten, statt sie essentialistisch durch die dysfunktionalen Aspekte einer betroffenen Person zu begründen (UN 2006). Sie lassen vermuten, dass sowohl die, vielleicht sogar konkret-materielle Beschaffenheit von in- und ausschließenden Räumen als auch situative und kontextuelle Einflüsse in Zukunft wieder mehr in den Fokus der Forschung rücken werden.

In weitaus abstrakterer, weil weniger materiell informierter Weise subsumieren sozialpsychiatrische Theoretiker diese Zusammenhänge unter Begriffen wie „Lebens-

raum“, „Psychiatrie-Gemeinde“ und „Lebenswelt“ (Dörner 2008; Wienberg 2008; Peukert 2010). Eine Analyse von lebensweltlichen Bedingungen wird gefordert, damit Versorgungsprogrammen zu einem geeigneten Zuschnitt verholfen werden kann. Der Sozialmediziner Reinhard Peukert (Peukert 2010) sieht in einer solchen Lebensweltorientierung sogar ein neues psychiatrisches „Handlungsparadigma“ und stellt sie einer Behandlung innerhalb der artifiziellen Räume von klinischen und außerklinischen Einrichtungen entgegen. Ähnlich empfiehlt Dirk Richter (Richter 2010) eine „territoriale Neuorientierung“ in der Versorgung von „chronisch“ psychisch Kranken, um die jeweilige Lebenswirklichkeit der Betroffenen angemessen berücksichtigen zu können. Alle diese Arbeiten konkretisieren meiner Ansicht nach jedoch die entsprechenden materiellen Bedingungsgefüge nur unzureichend, so dass ein wirklich plastisches Bild eines heilsamen Milieus nicht entstehen kann. So sollte das Tätigsein von beteiligten Dingen und Gegenständen sowie von spezifischen architektonischen Gegebenheiten so genau wie möglich operationalisiert werden, wenn es darum geht, über die Aktualisierung von „Chronizität“ als sozialer Wirklichkeit nachzudenken.

### **Die Aktualisierung von „Chronizität“ in der institutionellen Praxis**

In einigen meiner Aufsätze spreche ich von einem „distributed effect“, um die Art und Weise zu benennen, in der die in den Fallgeschichten beschriebenen „chronischen“ Phänomene aktualisiert wurden. Der Begriff stammt von dem Wissenschaftstheoretiker James Law (Law 2004) und soll verdeutlichen, dass ein Phänomen nur durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren *wirklich* wird, also fundamental von den Einflüssen seiner Umwelt abhängt. Entsprechend habe ich in den Aufsätzen versucht, auch das Phänomen der „Chronizität“ als ein Ergebnis von vielfältigen, je nach Kontext spezifischen Einflussgrößen zu verstehen, also als eine Art Kristallisationspunkt unterschiedlicher und sich wechselseitig beeinflussender Verknüpfungen. Diese eher situative und prozessuale Sicht von „Chronizität“ stützt sich auf neuere wissenschaftstheoretische Ansätze, die mit Hilfe des Begriffs „Netzwerk“ versuchen, die Produktion von Phänomenen innerhalb von komplexen, teils menschlich, teils materiell-dinghaft determinierten Situationen zu erfassen (Latour 1998; Law 2004; Clarke 2005).<sup>12</sup> Wegbereitend für Mols Konzept der Aktualisierung werden solche Netzwer-

---

<sup>12</sup> Bernd Holzer (Holzer 2009) spricht in Bezug auf den Netzwerkbegriff von einer der „erfolgreichsten Begriffskarrieren“. Vorläufer sind Simmels (Simmel 1992) und Gluckmanns (Grottian 1996) soziologische Arbeiten, strukturalistische Ansätze (Levi-Strauss 1973) und Bourdieus (Bourdieu 1982) Theorie des „Habitus“ (Schnegg 2010). Später spaltete sich die Netzwerkforschung in zwei Lager: In Boston

ke als dynamische und flüchtige, weil situative Gefüge von Menschen und Artefakten aufgefasst, die durch ihr Zusammenspiel an der Aktualisierung von Phänomenen beteiligt sind.<sup>13</sup>

Die von mir oben vorgenommene Aufteilung in sprachlich-begriffliche, körperlich-interaktive und materiell-räumliche Akteure reduziert also die Komplexität gelebter Wirklichkeit. Ganz in diesem Sinne kritisiert bspw. der Soziologe Henri Lefebvre das Konzept vom Raum als „Behälter“ und verdeutlicht dadurch, dass Räume nur durch einen genuinen Bezug zum sozialen Handeln ihre Form und Funktion entfalten können (Lefebvre 1974). In ähnlicher Weise zeigt die Ethnologin Jennifer Law, wie sich eine Selbsthilfegruppe psychisch Kranker räumliche Alternativen schafft, die sich von den klinisch-adretten und geordneten Räumen psychiatrischer Einrichtungen deutlich absetzen sollen (Law 2009). Dabei bezieht sie sich auf das Konzept der *therapeutischen Landschaft* (Gesler 1992) und verdeutlicht, ähnlich wie mein fünfter Aufsatz, dass Räume nicht nur als solche existieren, sondern sich erst im Zusammenspiel mit Dingen und körperlich oder sprachlich vermittelten Interaktionen konstituieren. In dieser Hinsicht können auch Dinge und Gegenstände nicht als „natürlich“ vorausgesetzt werden, sondern bedürfen der Aneignung durch Bezeichnungen oder Interaktionen, um ihre transformativen Effekte zu vermitteln. So zeigt bspw. die Medizinhistorikerin Monika Ankele (Ankele 2009), dass die Betten in einer frauenpsychiatrischen Anstalt im 19. Jahrhundert alleine durch die transformativen Aneignungsprozesse der jeweiligen Insassinnen zu einem „Refugium der Intimität“ wurden.

---

begründete White die *Netzwerkanalyse*, während Latour in Paris die *Akteur-Netzwerk-Theorie* erforschte, wobei zwischen beiden Vertretern eine theoretische Kluft bestand (Laux 2009): Während es White um die Darstellung von puren Fakten ging, wollte Latour mittels eines dynamischen Gefüges die Bedingungen von deren Herstellung zeigen. Latour interessierte sich also weniger für die Existenz von Strukturen, als dafür, wie diese entstehen. Er war ethnomethodologisch geprägt und versuchte deshalb, die Flüchtigkeit von Situationen einzufangen, während der in der Tradition des Strukturalismus' sozialisierte White eher die Abbildung statischer Determinanten anvisierte. Latours Netzwerkbegriff verweigert sich folglich dem „analytischen Primat präformierter Entitäten“, macht also Phänomene nicht zum Ausgang, sondern zum Ziel von netzwerkartigen Verknüpfungen.

<sup>13</sup> Auch in psychiatrischen Diskursen und Praxen kam es in der letzten Dekade zu einem Boom des Netzwerkbegriffes (Röhrle 2008). Denn dieser scheint zu neuartigen Versorgungsmodellen psychisch Kranker zu passen, die an einer „Personenzentrierung“ von Maßnahmen orientiert sind (Kunze 1999). Angermeyer (Angermeyer Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie) führt diese Proliferation auf eine gesellschaftliche Neuorientierung zurück. Zeitgenössische Identitäten wären demnach nur durch eine Einbettung in die sie umgebenden Strukturen verstehbar. Angermeyer bezeichnet diese Hinwendung zum Netzwerk als „dritte Phase der Sozialpsychiatrie“, die auf die Phasen der „Anstaltsfeindlichkeit“ und „Gemeindepsychiatrie“ folge.



Darüber hinaus können auch Körper nicht *an sich*, sondern nur in Abhängigkeit von kulturellen Symbolen, Narrativen, Begriffen oder anderen Wissensformen, tätig werden. Die Ethnologin Mary Douglas (Douglas 1966) zeigt bspw., dass es den „natürlichen“ Körper nicht gibt, sondern dass Bewegungsmuster und sogar implizit und habituell vermittelte Formen von Körperlichkeit immer kulturabhängig operieren. Umgekehrt entspringen fast alle zentralen Metaphern, in denen wir leben, denken und handeln, dem Quellbereich des Leibkörpers oder seinen sensomotorischen Wahrnehmungsmöglichkeiten (Lakoff 2003). Durch den hohen Grad an „Vertrautheit“ lassen solche Metaphern eine Verständigung ohne großen reflexiven Aufwand zu. Schließlich sind Wissens- und Sprachformen häufig körperlichen Vorgängen regelrecht „einverleibt“ (Reckwitz 2003, S. 33), wobei sie immer wieder aufs Neue eingebracht, erlebt oder mobilisiert werden müssen, um tätig werden zu können.<sup>14</sup> Körperlichkeit und Sprachbilder sind also eng miteinander verbunden, so dass eine Untersuchung, die beides voneinander trennt, immer nur zu einseitigen Ergebnissen führen kann. Darüber hinaus benötigen Körper für die Entfaltung ihres Tätigseins auch einen spezifischen Kontext. Meine Aufsätze versuchen darum, den Körper im Rahmen von konkreten, möglichst materiell ausformulierten Praxen dazustellen. Die in meinem dritten Aufsatz beschriebenen Veränderungen der Patientin bspw. wurden unmittelbar durch die normalisierende und stimulierende Umgebung ausgelöst, durch die Musik, durch die Art des Lichts und durch die fröhliche Atmosphäre. Und auch in der vierten Fallgeschichte trug die Umgebung fraglos zur Verringerung der Ängste der beschriebenen Patientin bei – das Rascheln der Blätter, die kalte Nachtluft und das Laufen in der freien Umgebung.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Die Frage, wie Handlungsvollzüge gleichzeitig regelgeleitet und doch kreativ sein können, hat die Sozialwissenschaften lange beschäftigt. Unter dem Oberbegriff *agency*, oder im Deutschen der *Handlungsmächtigkeit* haben sich ganze Theorieschulen mit dem ambivalenten Charakter von menschlichen Handlungen zwischen Routiniertheit einerseits und Unberechenbarkeit andererseits auseinandergesetzt. Die Praxistheorie versucht inmitten dieser Diskussionen, wie in Fußnote 8 bereits erwähnt, die Subjektivismus-Objektivismus Debatte zu überwinden, indem sie das Veränderliche in Handlungen weniger aus einer diesen vorgeschalteten, rational und individualistisch geplanten Zielsetzung heraus erklärt, sondern Handlungen aus zeitlich und situativ spezifischen Kontingenzen ermergieren lässt.

<sup>15</sup> Durch eine solche Kontextualisierung möchte ich außerdem einer Verobjektivierung des menschlichen Körpers vorbeugen. Statt diesen als eine durch Haut begrenzte bio-physikalische Einheit aufzufassen, soll er durch die Einbettung in die ihn umgebenden Praxen und Interaktionen selbst als ein Effekt seiner Umgebung verstanden werden, also als ein Bündel von Beziehungen, Verweisen und Bewegungen. Annemarie Mol (Mol 2002) spricht in diesem Zusammenhang vom „multiple body“ und betont damit die fragmentarische Natur von Körperlichkeit. Der Körper erscheint demnach als „Vielfalt“, der je nach Situation und Kontext tätig ist, als ein offener, heterogener und ungeschlossener Prozess, den es im Rahmen von spezifischen situativen und temporalen Bezügen zu erfassen gilt (Lock 1993).

Schließlich wird jedwedes Wissen immer in Reaktion auf eine bestimmte Umgebung, also im Rahmen eines spezifischen „epistemischen Milieus“ (Rabinow 2004) produziert. Damit sind beispielsweise diejenigen materiellen, menschlich-interaktiven oder -kommunikativen Kontingenzen gemeint, die innerhalb einer psychiatrischen Institution bestimmte Handlungs- oder Sprachformen mitunter vorgeben und damit die Bandbreite an Lösungsmöglichkeiten entweder erweitern oder auch bedeutsam einschränken können. Im weitesten Sinne gehören dazu auch die Charakteristika der in meinen Aufsätzen beschriebenen Patientinnen: So trugen die nachlässige äußere Erscheinung, die fehlende Kontaktfähigkeit und die Lethargie der in Fallgeschichte drei beschriebenen Patientin dazu bei, dass diese als „chronisch“ krank klassifiziert wurde. Auch in der zweiten Fallgeschichte entwickelte sich diese Kategorie aus einer Wechselwirkung zwischen den spezifischen Eigenschaften der jeweiligen Patientinnen und der Interpretation der psychiatrisch Tätigen. Der Anthropologe Robert Barrett (Barrett 2006) spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „cycle of interpretation“ (S. 107). Er macht deutlich, dass jedes klassifizierende Wissen, in der Art eines Kreislaufs, durch vielfältige Wechselwirkungen zwischen einerseits Menschen und andererseits technischen Artefakten oder situativen Bezügen ko-produziert wird.

All diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass die von mir oben vorgenommene Unterteilung künstliche Zäsuren setzt. Denn Sprachbilder und Klassifikationen, körperlich vermittelte und implizite Wissensformen sowie materiell-räumliche Einflussfaktoren sind in der gelebten institutionellen Wirklichkeit untrennbar miteinander verbunden. In ihren Effekten auf „chronische“ Phänomene gehen sie untereinander Koalitionen und Loyalitäten ein und können sich dadurch entweder gegenseitig verstärken oder einander in ihrer Wirkung widersprechen und dadurch wechselseitig abschwächen. Annemarie Mol nutzt den Begriff der „ontologischen Choreographie“, um diese Dynamik an vielgestaltigen und teilweise auch gegenläufigen Wechselbezügen zu beschreiben (Mol 2004). Sie will dadurch die Aufmerksamkeit für die Fülle an Aushandlungsprozessen erhöhen, die an der Aktualisierung diverser klinischer Phänomene beteiligt sind. In diesem Sinne muss auch „Chronizität“ im klinischen Alltag im Rahmen eines Netzwerks unterschiedlicher Kräfte beständig ausgehandelt werden, ist also das Produkt einer unüberschaubaren Vielfalt an situativen Bezügen. Die Frage, auf welche Weise sich ein „chronisches“ Phänomen herausbildet oder stabilisiert,

hat also auch eine politische Dimension, da Aushandlungsprozesse fast immer auch machtgeladenen Auseinandersetzungen entspringen (Latour 2002).<sup>16</sup>

### **Konsequenzen für den therapeutischen Alltag**

Auf Grund seiner definitorischen Unschärfe lässt die Klassifikation „chronisch“, wie viele andere Kategorien auch, eine gewisse „interpretative Flexibilität“ zu (Trompette 2009): Ihre Anwendung im therapeutischen Alltag erzeugt also häufig eine Konvergenz ursprünglich unterschiedlicher Interpretationen auf ein und dieselbe Situation und kann dadurch zum Eindruck einer Übereinstimmung der beteiligten Akteure führen. In diesem Zusammenhang ist das von den Wissenschaftstheoretikerinnen Geoffrey Bowker und Susan Leigh Star (Bowker 2000) entwickelte Konzept des *Grenzobjekts* von Bedeutung: Ähnlich wie Annemarie Mol sind auch diese Autorinnen vor allem an der Art und Weise interessiert, wie Phänomene hergestellt werden, weniger dagegen an deren Konsistenz (Burmans 2004). Sie zeigen, dass Grenzobjekte im gemeinschaftlichen Gebrauch häufig nur geringgradig strukturiert sind, sich hingegen innerhalb von einzelnen Arbeitsfeldern gut operationalisieren lassen. Auf diese Weise kommen sie gut mit heterogenen, teilweise auch widersprüchlichen Bedeutungen zurecht, wobei sie gleichzeitig für ausreichend Referenz sorgen, um einen Austausch zu ermöglichen.<sup>17</sup> Die Klassifikation „chronisch“ birgt also die Gefahr, dass Differenzen eingeebnet, also Unterschiede zugunsten eines (scheinbar) gemeinsamen Verständnisses vernachlässigt werden; und zwar um so mehr im Rahmen von institutionellen Praxen, in denen es oft vor allem um Handlungsfähigkeit und um das Prinzip der Gleichbehandlung geht.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Latour beschreibt, wie solche Aushandlungsprozesse aussehen können: Ein Akteur möchte seine Interessen durchsetzen und wirbt um etwaige Verbündete, um sein Netzwerk zu stabilisieren. Er versucht bspw. andere Akteure an eigene Interessen heranzuführen („interessement“); oder andere Aktanten zu mobilisieren, bspw. durch manipulatives Vorgehen („enrollment“); oder die Regeln innerhalb eines Netzwerkes vorzugeben („prescription“). Durch diese Aktivitäten wachsen die Größe des Netzwerkes und damit zugleich die Macht des Akteurs.

<sup>17</sup> Leigh Star und Bowker sagen nichts über die Konsistenz von Grenzobjekten aus: Diese können Konzepte, Ideen, Werkzeuge, Dokumente, Diskurse, Routinen und technische Artefakte oder Objekte sein. Grenzobjekte leisten „Übersetzungsarbeit“, indem sie unterschiedliche Perspektiven koordinieren und damit ein gemeinsames Verständnis bspw. einer Situation erstellen. Im Zusammenhang mit „Chronizität“ ist das Konzept des Grenzobjekts interessant, weil sich professionell Tätige in der klinischen Praxis oftmals mit Hilfe dieser Klassifikation verständigen, ohne dabei im Eigentlichen zu erklären, was sie genau mit „chronisch“ meinen.

<sup>18</sup> Der Umfang dieser Arbeit würde nicht ausreichen, um die gesamte Literatur einzuführen, die sich mit der Funktionsweise und dem Ablauf von institutionellen Praxen (nicht nur in der Psychiatrie) beschäftigt. Institutionen haben häufig das Ziel, zu „disziplinieren“ (Foucault 1996), zu „normieren“ (Floeth 1991) und zu „entpersonifizieren“ (Goffman 1961), um auf diesen Wegen Personen gleichzu-

*Fazit I: Wenn „chronisch“, trotz unterschiedlicher Situationen und Bezugspunkte, als ein und dasselbe Phänomen angesehen wird, dann stellt sich die Frage nach seiner Beschaffenheit erst gar nicht. Angewendet auf den therapeutischen Alltag bedeutet dies, die Bezeichnung „chronisch“ entweder ganz zu vermeiden oder, wenn überhaupt, dann nicht essentialistisch zu verwenden.*

Im Gegensatz dazu lässt das in meiner Arbeit vorgestellte Konzept von „Chronizität“ eine solche Essentialisierung nicht zu. Es stellt sogar in Frage, ob es „chronisch“ im Singular überhaupt geben kann: Wenn ein Phänomen erst dadurch „chronisch“ wird, dass es in netzwerkartig ineinander verflochtene, situativ-flüchtige und dadurch zwangsläufig in immer wieder andere, unterschiedlich rekombinierte Bezüge eingebettet ist, dann liegt die Schlussfolgerung nahe, dass es „Chronizität“ nur im Plural geben kann. Denn die jeweiligen Situationen und Handlungsvollzüge, innerhalb derer sich – zu einem bestimmten Moment und unter spezifischen Umständen – ein „chronisches“ Phänomen aktualisiert, sind stets nur bedingt miteinander vergleichbar. Insofern muss „Chronizität“ als ein lokales, in seiner situativen Bedingtheit einzigartiges Ereignis aufgefasst werden, woraus immer auch die Frage nach dem *Wie* erwächst: Auf welche Weise aktualisiert oder stabilisiert sich ein „chronisches“ Phänomen? Welche Faktoren haben dazu beigetragen, welche haben dies verhindert? Die vorgestellte Sicht hat also den Vorteil, „Chronizität“ im klinischen Alltag nicht als *Explanans*, also als ein Phänomen zu begreifen, das einen Zusammenhang umfassend oder abschließend erfasst oder bezeichnet, sondern als ein *Explanandum*, als etwas also, das selbst erklärungsbedürftig und demnach auf weitere Begründungen angewiesen ist.<sup>19</sup>

*Fazit II: Wenn „chronisch“ in Abhängigkeit von einer Situation als jeweils etwas Anderes angesehen wird, dann folgt daraus notwendig die Frage nach seiner konkreten*

---

schalten. Institutionen operieren also nach dem „Ideal der Gleichbehandlung“ (Fengler 1980), so dass allzu viele Abweichungen nicht in das, auf ein möglichst homogenes Klientel zugeschnittene, institutionelle Regelwerk passen, sondern eingeübte Routinen eher stören und deshalb unerwünscht sind.

<sup>19</sup> Anemarie Mol (2002) zeigt in ihrer Arbeit, auf welche Weise der Anschein eines in sich homogenen, „gleichen“ Phänomens hergestellt werden kann: Die Technik der *Addition* fügt ursprünglich heterogene Phänomenbereiche derart ineinander, dass sie Eins werden. Mit Hilfe der *Inklusion* werden Phänomene machtvoll vereinnahmt und unter einem Überbegriff subsumiert. Und auch die Technik der *Assoziation* verbindet eigentlich voneinander abweichende Phänomenbereiche auf eine Weise untereinander, dass der Anschein Ein- und Desselben entsteht.

*Beschaffenheit. Für den therapeutischen Alltag heißt das, die Kategorie „chronisch“, wenn auch immer sie eingesetzt wird, als erklärungsbedürftig zu deklarieren.*

Der analytische Fokus auf dem *Wie*, also der Aktualisierung von „Chronizität“, hat außerdem den Vorteil, dass „chronisch“ nicht als unveränderlich angesehen wird. Denn auch die scheinbare Stabilität von „chronischen“ Phänomenen ist immer das Ergebnis von sich fortwährend organisierenden Praxen und anhaltenden Anstrengungen. So führt die Frage, *wie* sich „Chronizität“ aktualisiert, unmittelbar zu der Folgefrage, *ob* dieser Prozess auch anders verlaufen könnte. Der vermeintlich unveränderliche Aspekt „chronischer“ Phänomene relativiert sich also zu Gunsten einer komplexeren Betrachtung von dynamischen und ineinander verflochtenen Einflussfaktoren. In diesem Sinne verbindet sich die Frage danach, wie sich „Chronizität“ *aktualisiert*, immer auch damit, wie sich dieses Phänomen in der entsprechenden Situation auch anders denken und damit womöglich auflösen, also *ent-aktualisieren* ließe. Die genaue Beschreibung von dem, was *ist*, regt also dazu an, Alternativen zu entwerfen und kann damit potentiell selbst schon Veränderung und Wandel herbeiführen.

*Fazit III: Die Frage nach der Beschaffenheit von „Chronizität“ führt regelhaft dazu, über Alternativen nachzudenken, hat also selbst schon das Potential, Veränderung und Wandel anzustoßen. Die Bezeichnung „chronisch“ sollte im therapeutischen Alltag also vor allem dazu dienen, alternative Lösungsmöglichkeiten für die bezeichnete Situation zu generieren.*

In institutionellen Praxen wird häufig intuitiv operiert, so dass es vielen professionell Tätigen schwer fällt, zu beschreiben, warum sie etwas auf welche Weise tun (Schön 1982, s. auch Teil 2 der Diskussion). Die oben beschriebenen komplexen Aushandlungsprozesse, die an der Aktualisierung „chronischer“ Phänomene beteiligt sind, können es zusätzlich erschweren, „die Übersicht“ zu behalten. Anemarie Mol nutzt den Begriff „tinkering“ (= basteln/ herumflicken), um das professionelle Vorgehen im Rahmen des klinischen Alltags zu erfassen (Mol 2002). Sie zeigt, dass die Bewältigung klinischer Situationen immer nur in Form eines *Versuchs* erfolgen kann: Es geht um ein fortwährendes Ausprobieren und Anpassen der eigenen Handlungen und um ein pragmatisches Experimentieren, bis ein passendes Arrangement gefunden ist (Mol 2002, S. 16). Ich habe in einigen meiner Aufsätze beschrieben, dass es manchmal sogar nur darum gehen kann, eine günstige Gelegenheit für Veränderun-

gen abzuwarten oder um den Versuch, mit Zweifeln, Vieldeutigkeit und Komplexität zu leben oder umgehen zu lernen. Die Qualität des psychiatrischen Arbeitens kann also nicht darin begründet sein, den *einen, richtigen* Weg zu finden, um Menschen aus Krisen herauszuhelfen. Vielmehr beweist sie sich dadurch, dass psychiatrisch Tätige nie aufhören, zu „tinkern“; dass sie sich also in ihrer Suche nach kontextbezogenen und situativ stimmigen Lösungen und im Ringen mit sich und mit der Beschaffenheit von „chronischen“ Phänomenen beharrlich zeigen.

*Fazit IV: Psychiatrisch Tätige sollten nie aufhören, nach konstruktiven, situativ passenden und deshalb oft improvisierten und kontextbezogenen Lösungen für „chronische“ Phänomene zu suchen. Im therapeutischen Alltag gilt es also, aktiv zu bleiben und nicht zu ruhen, bis eine passende Lösung gefunden wurde.*

Wie ein solches klinisch-praktisches Vorgehen angemessen untersucht, begleitet und dadurch im psychiatrischen Alltag besser unterstützt werden kann, möchte ich im nun folgenden zweiten Teil der Diskussion zeigen.<sup>20</sup>

## **Teil II – Diskussion praxismethodologischer Grundlagen**

### **Die Ursprünge der Praxisforschung**

Die Ursprünge der Praxisforschung liegen in den Erziehungswissenschaften und der Sozialarbeit und waren eng mit der Studentenbewegung von 1968 verbunden. Ihre Vertreter verstanden sich als Opposition gegenüber der Wissenschaft, die als theorielastig und als zu wenig anwendungsbezogen empfunden wurde. Nach einer Hochphase in den 1970ern schwächte sich das Interesse an den Ansätzen der Praxisforschung in den 1980ern ab, um Mitte der 1990er Jahre vor allem in den Sozialwissenschaften wieder zum Leben zu erwachen. Ursprünglich forderten Praxisforscher, dass Evaluation und Forschung am Arbeitsplatz durch professionell Tätige selbst durchgeführt werden sollten. Theoretische Konzepte sollten aus der Praxis direkt hervorgehen und vorwiegend zum Zweck ihrer Weiterentwicklung entworfen werden (Moser 1995). Auf diese Weise sollte die Diskrepanz zwischen Theorie und

---

<sup>20</sup> Bereits in der Einleitung erwähnte ich, dass sich die Darstellung der methodologischen Grundlagen nicht auf das Phänomen der „Chronizität“ beschränken wird. Nur auf diese Weise wurde es mir möglich, der Komplexität der ursprünglich in sehr unterschiedlichen Disziplinen verankerten Prämissen von praxistheoretischen Forschungsansätzen gerecht zu werden. Außerdem erhoffe ich mir durch diese eher grundsätzliche, da vom Phänomen der „Chronizität“ abgekoppelte Erläuterung, dass die dargestellte Methode sich vielleicht leichter auf andere Untersuchungsfelder übertragen lässt.

Praxis überwunden werden. Außerdem stellten die Praxisforscher die hierarchische Abwertung von praktischem Tätigsein gegenüber der Forschung in Frage. Jeder Mensch sollte die Gelegenheit dazu erhalten, sich durch forschendes Tun weiter zu entwickeln und sich und die eigenen Handlungsprämissen zu hinterfragen. Die so empfundene, festgelegte Grenze zwischen dem wissenschaftlichen Betrieb und den professionellen Handlungsfeldern sollte demnach beseitigt werden (Moser 1995).

Als theoretische Begründung der Praxisforschung wird häufig die Feldtheorie des Soziologen Kurt Lewin herangezogen (Lewin 1969). Durch die Nähe der Praxis- zur Aktionsforschung wird darüber hinaus auch der Psychiater und Soziologe Jakob Lewy Moreno als einer ihrer Urväter bezeichnet (Moreno 1934). 1977 stellte der Erziehungswissenschaftler und Sozialpsychologe Kurt Moser ein Arbeitsbuch zusammen, in dem die Grundsätze und Problembereiche der Praxisforschung ausführlich dargestellt wurden (Moser 1995). Wenig später entwickelte der Philosoph Donald Schön (Schön 1982) das Konzept des „reflective practitioners“, mit dem er die generalisierten und expliziten Wissensformen positivistischer Forschungsansätze kritisierte. Schön zeigte, dass das Alltagswissen von professionell Handelnden einzelfallbezogen und hintergründig operiert. So fällt es Professionellen unter dem Druck des Alltagshandelns oft schwer, zu beschreiben, was sie tun. Den Grund dafür sieht Schön darin, dass sie sich in einzigartigen, unbestimmten und chaotischen Situationen zurechtfinden müssen, in denen sie sich häufig gleichzeitig unterschiedlichen Werten, Zielen, Interessen und Ansätzen verpflichtet fühlen (Schön 1982, S. 17). Das professionelle Wissen gleicht also eher einem impliziten *Können* als einem expliziten *Wissen*. Dieses Können wird von den Akteuren häufig als selbstverständlich und eingespielt wahrgenommen, weil es auf der Folie von typischen Entscheidungssituationen oder feststehenden Regeln erfolgt, die jedoch, je nach Situation, fortwährend angepasst und verändert werden müssen (Wolff 1983).

Wissenschaftlich-theoretische Konzepte gelangen dabei nur zum Teil unmittelbar zur Anwendung; sie werden vielmehr in konkreten Handlungsvollzügen eingebettet abgerufen, also an die jeweilige Situation angeglichen und demnach permanent umgestaltet. So kritisiert Donald Schön „positivistische Forschungsansätze“ wegen ihrer Tendenz, zwischen Wissen und Tun, Mittel und Zweck sowie Theorie und Praxis übermäßig zu unterscheiden (Schön 1982, S. 165). Er selbst sieht in Wissenschaft

und Praxis zwei unterschiedliche Bezugssysteme mit jeweils eigenen Rationalitäten und Legitimationen: Während die Wissenschaft nicht unter dem Handlungsdruck stehe, individuelle Lösungen für Einzelfälle zu finden, seien Praktiker dazu aufgerufen, Theorien nach dem Prinzip der Nützlichkeit zu sondieren, um dadurch den Alltag besser bewältigen zu können. Sicherlich ist diese Trennung nur bedingt zulässig, denn auch die wissenschaftliche Erkenntnis entsteht nicht in einer abgesonderten, privilegierten Sphäre, sondern speist sich aus derselben kulturellen Matrix wie unsere alltäglichen Routinen (Knorr-Cetina 1999). Das Bild des „akademischen Elfenbeinturms“ ist demnach überholt; vielmehr stehen alltägliche und wissenschaftliche Wissensformen in vieler Hinsicht in Bezug zueinander, so dass sie nicht voneinander isoliert betrachtet werden können.<sup>21</sup>

Dennoch scheint mir Schöns dichotome Unterscheidung von *knowing-in-action* einerseits, also einer in Alltagshandlungen eingebetteten Wissensform, und *knowing-on-action* andererseits, einem Wissen, das für sich beansprucht, über den Einzelfall hinaus Gültigkeit zu haben, wertvoll (Schön 1982). Denn sie fragt danach, wie sich Theorien und Konzepte in der Praxis umsetzen lassen und auf welche Weise sie sowohl die Techniken und Fertigkeiten von professionell Handelnden als auch ihre inneren Bilder und Vorstellungen über das Funktionieren unserer Welt beeinflussen und lenken können. So möchte ich mich in diesem letzten, eher methodologisch ausgerichteten Teil meiner Arbeit damit beschäftigen, wie sich praxistheoretische Ansätze für die Psychiatrie und Psychotherapie sowohl reformulieren und damit wiederbeleben als auch weiterentwickeln und wissenschaftstheoretisch unterfüttern lassen. Ein solches Vorhaben scheint deshalb angebracht, weil sich große Teile der psychiatrischen Forschung offensichtlich vom Praxiswissen des klinischen Alltags entfernt haben (Orlinsky 2008; Sikorski 2010). Randomisierte, kontrollierte Studien werden bspw. dafür kritisiert, dass sie im Rückgriff auf eine formale Logik und in Zahlen transformierte Empirie für die Praxis nicht nützlich seien (Scharfetter 2008). Indem diese versuchten, „experimentelle Laborbedingungen“ (Zepf 2002) herzustellen,

---

<sup>21</sup> Wissenschaftliche Erkenntnisse speisen sich nie nur aus einem wissenschaftlichen Jargon, sondern schließen an allgemeine Vorstellungen über die Welt an (Bowker 2000). Spezifische Wissenskulturen entspringen also immer auch alltäglich ausgeformten Bilderwelten und Praxen (Martin 1998), so dass von einer „Wissenschaft im Elfenbeinturm“ nicht gesprochen werden kann. Link und Wülfing (Link 1984) zeigen beispielsweise, wie durch die Konstitution neuer Episteme, Textarten und Genres gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein neuer Begriff von Zeitlichkeit innerhalb der Wissenschaft hergestellt wurde. So entstehen wissenschaftliche Erkenntnisse nicht in abgesonderten, privilegierten Sphären, sondern aus derselben kulturellen Matrix, aus der wir auch unsere alltäglichen Routinen beziehen.



abstrahierten sie vom konkreten Kontext der Behandlung und riskierten dadurch, den Wissenschaftler zu einer alters-, geschlechts- und haltungslosen „Methodenmaschine“ (Breuer 2003), sowie die Eigenheiten der untersuchten Personen oder Situationen zu bloßen „Störvariablen“ zu machen (Finzen 2009). So geeignet standardisierte und regelgeleitete Studiendesigns zur Wirksamkeitsprüfung von psychoedukativen, pharmakologischen und oft auch therapeutischen Modulen seien, erlaubten sie gleichzeitig häufig lediglich Fragestellungen, die sich ihren methodischen Vorgaben unterwerfen lassen. Sie werden daher als wenig geeignet für die Beforschung von alltagsrelevanten Themen beschrieben (Zepf 2002). Denn sie seien in ihrem Streben nach allgemeingültigen Wahrheiten und einer vom Kontext unabhängigen Generalisier- und Vorhersagbarkeit auf die klinische Versorgungssituation psychisch Kranker oft kaum übertragbar (Mruck 2000).

Im Vergleich zu theoretisch-generellen Erkenntnissen scheinen darüber hinaus in der Praxis gewonnene Wissensformen in der akademischen Welt auch weiterhin deutlich weniger angesehen zu sein (Flyvbjerg 2006), wobei in der Rangordnung wissenschaftlicher Evidenz die Meinung praktisch Tätiger an unterster Stelle angesiedelt wird (Harrasser 2009). Umgekehrt wird deren beträchtliches Wissen häufig unabhängig von der Wissenschaft herausgebildet oder weiterentwickelt (Kvale 1992) und bleibt somit oft personengebunden gespeichert, ohne in größerem Umfang die Forschung irritieren oder befruchten zu können (Seel 2000).<sup>22</sup> Es stellt sich also die Frage, welche Methoden dazu geeignet sind, diese unzureichende Passung zwischen akademischen Diskursen und dem psychiatrischen Alltag zu überwinden. Wie kann es gelingen, eine psychiatrisch-praktische Epistemologie, die eher einzelfallbezogen und kontextabhängig operiert mit Forschungsabsichten in Einklang zu bringen, die immer auch auf Verallgemeinerung und Generalisierung zielen? Welches Verständnis von Wissenschaft bzw. welchen Begriff von *Praxis* wird für diese Zielsetzung benötigt? Dabei soll es im Folgenden nicht darum gehen, die Differenz zwischen Wissenschaft und Praxis aufzuheben, also bspw. die Wissenschaft als einen reinen

---

<sup>22</sup> Hier ist eine Parallele aus der Psychiatriegeschichte bemerkenswert: Im Zusammenhang mit der Psychiatriereform musste sich die Wissenschaft zunehmend der Planung, Entwicklung und Evaluation von Reformvorhaben stellen. Daraus resultierte oft eine „parteiliche“ Art der Forschung, die weniger ergebnisoffen als zielgerichtet vorging. Angesichts der derzeitigen „dritten Reform“ des psychiatrischen Versorgungssystems hin zu einer zunehmenden Personen- (und Situations-)zentrierung (Kunze 1999) stellt sich die Frage, ob praxistheoretische Zugänge gerade heutzutage geeignet sind, die innovativen Prozesse und anliegenden Strukturveränderungen angemessen zu evaluieren, zu begleiten und zu unterstützen.

Dienstleister der Praxis zu betrachten. Ich möchte vielmehr danach fragen, welche Anschlüsse zwischen einem wissenschaftlichen Vorgehen und dem Handeln in Alltagssituationen hergestellt werden können. Wie also lassen sich unterschiedliche Wissensformen übersetzen, so dass einerseits dem situativen, positionierten und impliziten Charakter des alltäglichen Handelns genüge getan wird, andererseits aber auch die Eigenheiten des akademischen Wissensbestands zur Geltung kommen können?

Praxistheoretische Ansätze bezogen sich in ihrer ursprünglichen Form vor allem auf qualitative Forschungsmethoden und dabei vorwiegend auf methodische Verfahren, welche die subjektive Lebenswirklichkeit sinndeutend und auf der Ebene von individuellen Erfahrungen einzufangen suchten.<sup>23</sup> Dies steht im Widerspruch zum Sachverhalt, dass sich praktisches Handeln, wie oben gezeigt wurde, häufig nicht in Einklang mit bewussten Theorien oder Erklärungsmustern bringen lässt. In Anlehnung an Donald Schön prägte Kurt Moser in diesem Zusammenhang das Konzept der „theories in use“, also der Gebrauchstheorien (Moser 1995), die häufig unbewusst, implizit und routiniert das Handeln von professionell Tätigen im Alltag bestimmen und darum nur selten wirklich zum Thema gemacht werden (können). Moser kontrastierte dieses Konzept mit den sogen. „espoused theories“, auf die sich Professionelle wegen deren größerer Fasslichkeit und Sichtbarkeit auch häufiger bezögen, wenn sie nach den Gründen für ihr Handeln gefragt werden. Ausgesprochene Theorien stimmen jedoch, nach Moser, häufig nicht mit den Gebrauchstheorien, also dem tatsächlichen Verhalten von Professionellen, überein. So ergibt sich in der herkömmlichen Form der Praxistheorie ein Widerspruch, den ich durch den von mir im Folgenden gesetzten Fokus auf die methodologischen Möglichkeiten einer Praxisbeobachtung zu beheben versuchen möchte. Dieser Widerspruch liegt meiner Meinung nach darin begründet, dass der Begriff der Praxis in den herkömmlichen praxistheoretischen Konzepten nicht hinreichend operationalisiert wurde. Deshalb folgt nun ein kurzer Exkurs in die sozialwissenschaftliche Theoretisierung des Begriffs der *Praxis*, die in

---

<sup>23</sup> Hermeneutische und interpretative qualitative Methoden wie Interviewformate, Fokusgruppen usw. sind keine beobachtenden Verfahren und gehören daher eher nicht zu dem klassischen Repertoire einer praxistheoretischen Forschung. Zugleich kann das subjektive Erleben der an einer Praxis Beteiligten diese durchaus konstituieren; sie ist mithin durchaus als *praxisrelevant* einzustufen. Außerdem lassen sich die Ergebnisse interpretativer Verfahren methodisch gut mit denen eines praxistheoretischen Forschungsansatzes verknüpfen, weshalb ich an dieser Stelle auf die einschlägigen Werke zu diesen methodischen Ansätzen verweisen möchte (Flick 2005).

dieser Hinsicht umfassender und präziser zu sein scheint.<sup>24</sup> Im Anschluss möchte ich, abgeleitet sowohl aus diesem Praxisbegriff als auch aus verschiedenen erkenntnistheoretischen Überlegungen, einige methodologische Gedanken zu einem für das psychiatrische und psychotherapeutische Forschungsfeld geeigneten praxistheoretischen Ansatz entwickeln.

### **Was ist Praxis?**

Schon Plato, Aristoteles und Augustinus dachten über den Begriff der Praxis nach. Dies geschah in Form einer kritischen Auseinandersetzung mit der Frage, was ein Philosoph als seine eigentliche Aufgabe verstehen sollte. Das griechische Wort *praxis* bezog sich dabei auf die Handlungsvollzüge eines freien Menschen, wobei bereits Aristoteles eine bewertende Unterscheidung in *eupraxia* (gute Praxis) und *dyspraxia* (schlechte Praxis) einführte. In den letzten beiden Jahrhunderten kam es, teilweise auch im Rückgriff auf diese antiken Theoretiker, zu einer umfassenden Problematisierung des Verhältnisses von Theoriebildung und deren Anwendung innerhalb von praktischen Handlungsvollzügen. Karl Marx (Marx 1845) bspw. erklärte, dass der Wert einer philosophischen Theorie davon abhängt, ob diese es im Alltag vermag, Handlungszusammenhänge zu erklären oder zu verändern. Auch Hannah Arendt (Arendt 2002) kritisierte die Philosophie für ihre vorwiegend kontemplative Ausrichtung (*vita contemplativa*), die mit einer weitgehenden Vernachlässigung des aktiven Lebens einher gehe (*vita activa*). Erst das *Arbeiten*, das durch den Zwang zum Erhalt der eigenen Existenz charakterisiert sei, schaffe die Grundlage für den Geist, also ein Nachdenken über die Welt. Gleichzeitig unterscheidet Arendt das *Arbeiten* vom *Handeln*, das als eine politische Form der Interaktion definiert wird; zeitgemäßer könnte man hier vielleicht von einem Aushandlungsprozess im öffentlichen Raum sprechen.

Das Nachdenken über die Frage, was eine Praxis in ihrem Wesen ausmacht, hängt in allen diesen Arbeiten eng mit ethisch-moralischen Überlegungen zusammen. Es ist mithin durch das Anliegen gekennzeichnet, eine gute von einer schlechten Praxis zu unterscheiden. Außerdem definieren diese Arbeiten Praxis in Abgrenzung zur Theorie, was zwangsläufig dazu führt, über deren Unterschiedlichkeit und gegensei-

---

<sup>24</sup> Die „praxistheoretische Wende“ innerhalb der Sozialwissenschaften erfolgte im Schnittpunkt von feministischen Theorien und Konzepten der Kulturanthropologie einerseits, sowie der Wissenschaftsforschung andererseits (Haraway 1991). Sie hat inzwischen auch der Soziologie wichtige Impulse geliefert (Schatzki 2001; Hirschauer 2004). Angesichts des begrenzten Umfangs meiner Arbeit werde ich nachfolgend nur auf die wesentlichen und für das psychiatrische Forschungsfeld entscheidenden, vorbereitenden Theorien eingehen.

tige Bedingtheit nachzudenken. Diese beiden Bezüge finden sich auch bei John Dewey wieder, dem Begründer der pragmatischen Philosophie. Dewey hat sich ebenfalls extensiv mit der antiken Philosophie beschäftigt und grenzt sich in seiner Auseinandersetzung mit Hegels Werken vom deutschen Idealismus ab (Dewey 1986). Sein Denken wurde zudem stark durch die sozial prekären Verhältnisse im industrialisierten Chicago des ausgehenden 19. Jahrhunderts beeinflusst. Dewey wandte sich gegen eine prinzipielle Missachtung der Praxis zugunsten der Theorie und begründete den Wert der Philosophie mit dem Kriterium der „Nützlichkeit“: Nur ein Philosophieren, das die Welt bedeutungsvoller mache, sei zulässig, dabei müsse sich die Brauchbarkeit von Begriffen und Konzepten im Alltag erst erweisen. Außerdem ist nach Dewey Denken „Probearbeiten“, mit dem ganz praktisch formulierten Ziel, mit der prinzipiellen Unbestimmtheit der sozialen Wirklichkeit besser zurechtzukommen. Ideen und Theorien über die Welt seien also vorweggenommene Konsequenzen, im Sinne von Voraussagen oder Hypothesen darüber, was geschehen kann oder wird. Eine Trennung in eine Welt der Ideen einerseits und in ein Alltagshandeln andererseits ist also nach Dewey weder sinnvoll noch überhaupt möglich.

Weitere Einflüsse auf die Praxistheorie finden sich in Talcott Parsons Strukturfunktionalismus, insbesondere in Form der durch ihn geprägten Begriffe der *Sozialisierung* und *Internalisierung* (Parsons 1976): Da individuellen Handlungen immer eine Verinnerlichung gesellschaftlicher Werte, Normen und Sitten (= Ideen) vorangehe, würden diese stets in Relation zu diesem (kulturellen) Kontext erfolgen. Auch in der Phänomenologie lassen sich Bezüge zum Begriff der Praxis finden, denn hier sind Wahrnehmung und Handeln ebenfalls situativ gebunden, so dass eine Beobachtung von Handlungen immer auch den jeweils spezifischen Kontext in Augenschein nehmen muss (Schütz 1972). Als ein unmittelbarer Wegbereiter für den zeitgenössischen Praxisbegriff kann schließlich der in anderem Zusammenhang bereits erwähnte Soziologe und Ethnologe Pierre Bourdieu angesehen werden, der sich sowohl gegen den rigiden Determinismus strukturalistischer Ansätze (Levi-Strauss 1973), als auch gegen die Überbetonung von Sinn und Bedeutung im Rahmen symbolischer Theoriebildung (Geertz 1973) richtete, indem er beide dafür kritisierte, eine lediglich einseitige Sicht auf die Wirklichkeit zu ermöglichen. Das durch die Ethnologin Sherry Ortner vorbereitete und von dem Einfluss des Marxisten Louis Althusser (Beck 2011) geprägte Bourdieusche Konzept des *Habitus* ist ein starkes Plädoyer dafür, Praxis

als ein körper- und situationsgebundenes Handeln zu begreifen, das einerseits in Abhängigkeit von sozial-kontextuell etablierten, vornehmlich körperlich abgespeicherten, impliziten Dispositiven und andererseits im Rückgriff auf explizit-kognitive und damit auch (selbst-)reflexiv unmittelbarer zugängliche Strukturen tätig ist.

Nach dem Ethnologen Stefan Beck geraten in den späteren Arbeiten von Bourdieu das situative Moment des Handelns sowie die Unbestimmtheit der jeweiligen Handlungssituation zunehmend in den Hintergrund der Analyse (Beck 2011). Beck bezieht sich auf den Soziologen Michel de Certeau (De Certeau 1984), um die konstitutive Rolle der Situation für das menschliche Handeln zu betonen. Die Umgebung des Handelnden habe wesentliche Effekte auf das Handeln selbst, was wiederum in Einklang sowohl mit dem praxistheoretischen Ansatz von Anemarie Mol (Mol 2002) als auch mit der in der Wissenschaftstheorie generierten Akteur-Netzwerk-Theorie steht (Latour 2002; Law 2004).<sup>25</sup> Beck selbst definiert Praxis als ein „(inter-)aktives und gegenständliches Tätigsein gegenüber der sozialen und materiellen Umwelt einerseits, und andererseits als subjektivitätsformenden Selbstbildungs- und kulturformenden Gesellschaftsprozess“ (Beck 2011, S. 339). Praxis wird als prozessual und reflexiv verstanden, als sowohl körper- als auch situationsgebunden, als „handelndes und erkennendes Tätigsein in der alltäglichen Lebenswelt“ (ibid, S. 298). Sie steht zwischen den „extremen Polen von Routine und Kreativität“ (ibid, S. 295), oszilliert also zwischen einer situativ-normativen Anpassungsleistung an die Welt und intentional-aktiven Prozessen der „Selbst- und Welt-Einwirkung“ (ibid, S. 339). Dabei werden Strukturen, Normen oder Dispositive nicht einfach ausgeführt, sondern müssen im Handeln jeweils aufs Neue „aktualisiert“ werden (ibid, S. 341); ein Gedanke, der, wie oben bereits gezeigt, auch in den Arbeiten von Anemarie Mol eine wesentliche Rolle spielt.

Im ersten Teil meiner Diskussion mache ich deutlich, wie stark spezifische Vorannahmen, Klassifikationen, Sprachbilder oder (subjektive) Theorien die Wirklichkeit von Beforschten formen und gestalten können. In ähnlicher Weise merkt Stefan Beck an, dass praktisches Handeln immer „intern und interaktiv orientiert“ (Beck 2011, S. 299) ist, wobei, je nach handlungstheoretischem Konzept, diverse Begriffe, bspw. der

---

<sup>25</sup> Anemarie Mol selbst hat, nach meiner Kenntnis, nie ein umfassendes, theoretisches Konzept von *Praxis* ausformuliert. In ihren ethnographisch inspirierten Arbeiten nutzt sie jedoch den Begriff der Praxis in einer Weise, die sich ziemlich gut mit der dargestellten Theoretisierung durch Stefan Beck vereinbaren lässt.

Norm, Identität, Kultur oder auch der Intention eine Rolle spielen. Beck kritisiert dabei den Fokus von klassischen handlungstheoretischen Ansätzen auf einer entweder zweck-, bzw. wertrationalen oder affektuellen Begründungslogik, sowie deren vorwiegend intentionalen, also personenimmanenten Handlungsbegriff. Praxen operieren vielmehr hintergründig, Konzepte und Begriffe würden im oder aus dem Unsichtbaren heraus tätig, was dazu führe, dass es zwischen dem, was Menschen sagen, und dem, was Menschen tun, oft einen großen Unterschied gebe. Beck's Sichtweise entspricht dem in der Einleitung zu diesem Teil meiner Arbeit vorgestellten Gegensatz von Gebrauchs- versus ausgesprochenen Theorien (Moser 1995). Demnach sind die konstitutiven Regeln des Handelns den Handelnden oft nur bruchstückhaft bewusst, weil diese vielfach in die Infrastruktur alltäglicher Routinen eingearbeitet und dementsprechend hoch-implizit sein können (Timmermans 2003). Dadurch erschwert sich bspw. ein Zugang mit Hilfe von Befragungsinstrumenten oft deutlich.

Da sich solche impliziten Wissensformen oft durch körperliches Tun vermitteln (vgl. Teil I der Diskussion), kommt dem Körper in einem praxistheoretischen Zugang eine wesentliche Rolle bei der Aktualisierung von Wirklichkeit zu. Beck schreibt darüber hinaus ein praktisches Tätigsein auch sogenannten „Techniken“, also dem materiell-gegenständlichen „Kon-text“ von Praxen (Beck 2011, S. 295) zu (vgl. Teil I der Diskussion). Er unterstreicht also, wie bereits oben erwähnt, den Stellenwert einer Situation für die Konstitution von Handlungen. Wie ich ebenfalls bereits erläutert habe, ist der Vollzug von Praxen immer auf die Einbettung in räumlich und zeitlich spezifische Situationen angewiesen. Diese Situationen sind dabei keineswegs als „Container“ aufzufassen, sondern selbst ein Spielfeld eigenständiger Akteure. Die in ihr stattfindenden Praxen verändern die Situationen ebenfalls rekursiv, so dass sowohl die Praxen, als auch die Situationen selbst als dynamisch und permanent veränderlich aufgefasst werden müssen (Reckwitz 2003). Die Handlungsmächtigkeit eines praktizierten Phänomens ist demnach verteilt, im Sinne des bereits oben beschriebenen „distributed effect“ (Law 2004). Denn Situationen sind durch vielfältige und ineinander verschränkt operierende Wechselwirkungen gekennzeichnet, die allesamt einen Einfluss auf die beobachtete Praxis haben, diese also ko-produzieren können.

### **Methodologische Voraussetzungen**

Die Methodologie ist eine Teildisziplin der Wissenschaftstheorie. Sie beschäftigt sich damit, welches spezifisches methodisches Vorgehen sich aus welchen Gründen zur

Untersuchung eines bestimmten Gegenstandsbereiches eignet. Die Methodologie bildet demzufolge die Grundlage für den Entwurf einer konkreten Forschungsmethode. Sie bestimmt, auf welche Weise sich der Forschende einem Forschungsgegenstand nähern sollte, damit die zu Grunde liegende Fragestellung möglichst umfassend und eindeutig beantwortet werden kann. In den herkömmlichen praxistheoretischen Konzepten der Sozialarbeit und –pädagogik finden sich unvermittelt und manchmal geradezu beiläufig Hinweise auf die epistemologischen Voraussetzungen eines praxisforscherischen Vorgehens. So empfiehlt Moser, den Kontext von Handlungen in die Untersuchung einzubeziehen, anstatt ihn als Störvariable der Analyse systematisch auszublenden (Moser 2012). Die Praxisforschung zielt auf eine „Rekonstruktion tiefenstruktureller Regeln“, nach denen Deutungen und Handlungen generiert würden (ibid, S. 64). Beerlage rät an, die „subjektiven Störfaktoren als Erkenntnisgewinn“ zu nutzen (Beerlage 1989, S. 64). Und Heiner sieht den Sinn der Praxisforschung in der „Rekonstruktion von Situationen“, wobei der Einzelfall jedoch einer „konstruierten Repräsentation der Wirklichkeit“ entspreche (Heiner 1988, S. 81). Alle diese Anmerkungen entbehren jedoch einer kritischen und umfassenden Systematisierung, so dass nachfolgend erarbeitet werden soll, welche methodologischen Prämissen und, aus diesen folgend, konkreten methodischen Vorgaben sich aus der vorangegangenen Theoretisierung des Begriffs der *Praxis* ableiten lassen. Dieses systematische Vorgehen soll die Grundlage für einen wissenschaftstheoretisch fundierten und gleichzeitig methodisch ausreichend operationalisierten praxistheoretischen Forschungsansatz in der Psychiatrie und Psychotherapie bilden. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit habe ich außerdem alle diese Zusammenhänge in Tabelle 1 am Ende dieses Teils meiner Arbeit zusammengefasst.

### *1) Praxisbeobachtungen sind subjektiv*

In alltäglichen Praxen handeln Forschende primär als Subjekte. Auf welche Weise sie beobachten oder was sie in der Welt sehen, hängt immer auch davon ab, wer sie sind und was sie bisher erlebt haben (Mruck 2000). Ein praxistheoretischer Ansatz muss dieser Tatsache Rechnung tragen, indem er jedwede Erkenntnis, mithin also auch jede Praxisbeobachtung, als prinzipiell positioniert einstuft. So beeinflusst eine Vielzahl von lebensweltlich-kulturellen bzw. (berufs-)biographischen Vorannahmen die Form der Wahrnehmung, lenkt sie in bestimmte Richtungen und schränkt die Perspektive der Forschenden dadurch (teilweise erheblich) ein (Schmiedebach 1996)

(s. auch Punkt 2). In gleicher Weise ist jede theoretische Sensibilität nicht nur wissenschaftlich, sondern immer auch intuitiv und biographisch begründet (Zaumseil 2007). In Bezug auf meine Arbeiten wurden bspw. sowohl die Auswahl der Literatur, als auch der Zuschnitt der Praxisbeispiele und die Art der Bearbeitung der Themen stark durch meine Rolle als behandelnder Arzt, durch mein Lebensalter und meine Sozialisation innerhalb einer spezifischen Kultur bestimmt. Meine Aufsätze sind also in vieler Hinsicht positioniert und persönlich, denn sie entspringen (m)einer lebensweltlichen und professionellen Prägung.

Die Begriffe Beobachtung und Erkenntnis können in diesem Zusammenhang fehlleiten, weil sie eine objektive und absolute Perspektive auf ein Phänomen suggerieren. Aus praxistheoretischer Sicht dagegen ist Beobachten und Erkennen immer subjektiv, die Wirklichkeit kann also nie vollständig repräsentiert, sondern immer nur in Form eines mehr oder weniger stark interpretierenden Zugriffs gedeutet werden. Diese Form der Positioniertheit schreiben sozialkonstruktivistische Ansätze sogar aller Forschung zu, also nicht nur den qualitativen Verfahren (Gergen 2008). Sie wird dort so lange nicht als Störvariable behandelt, wie der Einfluss der Forschenden offensiv und produktiv bearbeitet wird. Subjektivität soll in solchen Ansätzen demnach nicht nur nicht eliminiert, sondern, im Gegenteil, für den Verstehensprozess produktiv genutzt werden. Ein solches Vorgehen wird jedoch durch den Versuch eines radikalen Ausschlusses subjektiver Einflussfaktoren auf Forschungsvorhaben, einem „zentralen Imperativ der wissenschaftlichen Neuzeit“ (Mruck 2003), radikal in Abrede gestellt. So scheint die Selbstthematisierung des Forschers in der Wissenschaft immer noch etwas „Unappetitliches“ (ibid 2003, S. 3) zu haben.<sup>26</sup> Dabei ist ein persönlicher Stil lediglich der Beweis für eine „sitierte Form von Wissen“ (Hanrahan 2003). Vor allem dann, wenn sich Autoren wiederum nur als ein Schnittfeld diverser lebensweltlicher, kultureller oder institutioneller Einflüsse verstehen, also die eigenen Neigungen, Prägungen und Präferenzen konsequent reflexiv behandeln.

---

<sup>26</sup> Dieser selbstreflexive Aspekt ist in meinen Artikeln sicherlich auch zu kurz gekommen. Denn auch ich habe versucht, die Einflüsse meiner Person eher zu verbergen, um meinen Texten den Anschein „objektiver Wissenschaftlichkeit“ zu verleihen (Noy 2003). So nutzte ich einen eher trockenen Jargon sowohl als „ideologische Absicherung“ (Gergen 2008) als auch als Garantie der eigenen emotionalen Unbeteiligung (Moser 2012). Zusätzlich wurde ich vielfach von Verlagen dazu angehalten, meine Subjektivität zu „vertuschen“, beispielsweise substantivierte Formen wie „ich“ und „wir“ oder einen zu persönlichen Stil zu vermeiden. Meine Untersuchungen sollten also den Eindruck eines „unverzerrten“ und „neutralen“ Beobachtungsprotokolls erzeugen, wodurch die Subjektivität meiner Erkenntnisse eindeutig zu wenig Gehör fand.



Dieser prinzipiell subjektive Charakter jedweder Beobachtung, Handlung oder Erkenntnis findet in den herkömmlichen praxistheoretischen Ansätzen in Form der Aufforderung an die Forschenden Anklang, sich mit den eigenen Werten und Theorien sowie mit institutionellen und gesamtgesellschaftlichen Einflussfaktoren sowohl auf den Forschungsgegenstand als auch auf die eigene Perspektive auseinanderzusetzen (Oelofsen 2012). Die „eigenen blinden Flecken“ (Bager-Charleson 2010), also die stillschweigenden Vorbedingungen der eigenen Arbeit, sollen explizit und dadurch für den Erkenntnisprozess nutzbar gemacht werden. Bager-Charleson unterscheidet dabei zwischen „Selbstreflexivität“, also einem Nachdenken über das eigene lebensweltliche Gewordensein, und „kritische[r] Reflexivität“, die darauf abzielt, den involvierten Bestand an Ideen und Theorien sowie kulturell-institutionelle Einflussfaktoren zu hinterfragen (Bager-Charleson, S. 33). Ein solches Vorgehen habe selbst schon einen transformativen Effekt auf die Praxis, indem es die Grundbedingungen der dem Handeln zu Grunde liegenden Werte, Begriffe und Normen rekursiv verändere. Es biete außerdem Gelegenheit zur Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit.

## *2) Praxisbeobachtungen sind perspektivisch*

Aus dem prinzipiell subjektiven Charakter von Wahrnehmungen ergibt sich die zweite Prämisse, nämlich, dass Erkenntnisse, die mit Hilfe praxistheoretischer Zugänge gewonnen werden, grundsätzlich nur einseitig sein können. Beobachtungen finden immer von einem bestimmten Standort aus statt, der durch die Person des Beobachtenden (s. Punkt 1), die spezifische Fragestellung, die jeweils eingenommene Perspektive, den Zeitpunkt bzw. Gegenstand der Beobachtung und viele andere Faktoren definiert sein kann (Gergen 2008). Hieraus ergibt sich eine grundsätzlich skeptische Haltung gegenüber den eigenen Beobachtungen: Entsprechen diese der beobachteten Wirklichkeit oder ließe sich diese nicht auch ganz anders fassen? In den herkömmlichen praxistheoretischen Zugängen findet eine solche Skepsis eine Entsprechung bspw. im Ratschlag, eine spezifische Situation „unter der Berücksichtigung der Vielfalt an Perspektiven“ (Heiner 1988) zu rekonstruieren. Beobachtungen seien immer relativ, so dass die „eigene Perspektivität“ erklärt werden müsse (Beerlage 1989, S. 65). Der selbst-reflexive Praktiker müsse sich der „vielen Gesichter der Wirklichkeit“ bewusst sein (Bager-Charleson 2010). Schließlich seien Beobachtungen nicht eine Beschreibung der Dinge, wie sie „wirklich“ sind, sondern lediglich „bedeu-

tungsvolle Konstruktionen“, welche die jeweiligen Situationen nur von einer „bestimmten Warte“ aus interpretieren könnten (Moser 1995, S. 203).

Diese Skepsis gegenüber den eigenen Erkenntnissen wird überdies nicht nur für praxistheoretische Zugänge empfohlen. Sie reiht sich in eine ganze Bandbreite von wissenschaftskritischer Literatur ein, die prinzipiell die Möglichkeit eines privilegierten epistemologischen Status´ in der Wissensproduktion bestreitet und damit die Beobachtung von einem wertneutralen und objektiven Standpunkt für unmöglich erklärt (Kuhn 1962; Knorr-Cetina 1999).<sup>27</sup> Auch im Feld der Psychiatrie und Psychotherapie wird empfohlen, immer verschiedene Sichtweisen auf Ereignisse anzunehmen, wodurch alle Erkenntnis zwar einseitig bleibe, im Gegenzug aber auch an „Tiefenschärfe“ gewinnen könne (Breuer 2003). So hat sich die zentrale (und einflussreiche) Forderung der akademischen Neuzeit nach einer situations- und personenunabhängigen, standardisierten Methodik als Fiktion erwiesen (Hanrahan 2003). So groß die „Sehnsucht nach Evidenz“ (Harrasser 2009) auch sein mag: Ein absolutes Erkennen, das unabhängig vom erkennenden Subjekt und der jeweiligen Untersuchungssituation Bestand hätte, gibt es nicht. In diesem Sinne verstehen sich meine Aufsätze auch nicht als finale, abgeschlossene oder vollständige Deutungen der beschriebenen Aktualisierungen von „Chronizität“. Denn die Eigenschaften meiner Person und die Umstände der Untersuchungssituationen bestimmten erheblich, was ich wahrgenommen, verstanden und veröffentlicht habe und veränderten sogar an vielen Stellen, wie nachfolgend gezeigt werden soll, den Untersuchungsgegenstand selbst.

### *3) Praxisbeobachtungen sind involviert*

Meine untersuchende Anwesenheit muss selbst schon als Bestandteil der jeweils beschriebenen Aktualisierungen von „Chronizität“ aufgefasst werden. Denn die Art und Weise, wie ich ein bestimmtes Phänomen innerhalb der untersuchten Praxen beobachtete, trug nicht unwesentlich dazu bei, eine bestimmte Version dieses Phänomens herzustellen. Diese epistemologische Auffassung entspringt der ebenfalls wis-

---

<sup>27</sup> Es gibt also nie nur eine einzige, universell gültige Sichtweise auf die Wirklichkeit, sondern immer unterschiedliche Rationalitäten der an einer Situation beteiligten Akteure. In einem forschenden Zugang wäre es sicherlich optimal, wenn wir unter den verschiedenen Perspektiven jeweils den „native point of view“ im Sinne des Ethnologen Malinowski bevorzugen, also die Wirklichkeit auf eine Art und Weise rekonstruieren würden, die den Akteuren im Feld am besten entspricht. Jedoch ist es uns angesichts der „Kabinenhaftigkeit“ unserer Wahrnehmungsmöglichkeiten (Breuer 2003) meistens nur möglich, die Wirklichkeit entlang der eigenen Vorerfahrungen und –annahmen zu erfassen. Es muss also vor allem darum gehen, selbstreflexiv zu überprüfen, wo man als Untersuchender autoritär bestimmte (und dann oft die eigenen) Perspektiven bevorzugt oder eher zum Schweigen bringt.

senschaftstheoretisch gestützten Einsicht, dass ein untersuchendes Vorgehen immer involviert ist (Law 2004) und kontrastiert stark mit den Befürchtungen einer positivistischen Epistemologie, dass Messinstrumente oder gar die Beobachtungsobjekte selbst die Erkenntnis von Wirklichkeit verzerren könnten (Breuer 2003). Im Gegensatz dazu zeigten bspw. die Laborstudien der 80er Jahre (auf die sich auch der praxistheoretische Ansatz von Anemarie Mol stützt), dass Beobachtungen ohne Veränderung des Untersuchungsgegenstandes gar nicht möglich sind (Pickering 1995; Latour 1998). Beide sind immer reziprok miteinander verbunden und somit Bestandteil ein und desselben Systems. So war auch ich, infolge meiner Rollen als forschender, gleichzeitig aber auch als im jeweiligen Praxisfeld tätiger Arzt, wechselseitig in die beschriebenen Aktualisierungen von „Chronizität“ involviert. Die von mir beschriebene Wirklichkeit wurde somit durch meine Person unmittelbar mit hergestellt, genauso wie sie, umgekehrt, auch einen Effekt auf mich und mein spezifisches, erkenntnistheoretisches (und auch klinisch-praktisches) Vorgehen hatte.<sup>28</sup>

In den praxistheoretischen Konzepten der Sozialarbeit und –pädagogik finden sich nur wenige Hinweise auf diese wechselseitigen Verstrickungen von Untersuchenden mit ihrem Untersuchungsgegenstand. Beerlage bspw. rät, die „problematische[n] Verhältnisse im Feld als gemacht und (mit-)gemacht“ zu verstehen (Beerlage 1989, S. 65). Moser beschreibt einen Gradienten zwischen Teilnahme und Distanz, wobei er jedoch einen „bewussten Rückzug auf einen distanzierteren Beobachterstatus“ (Moser 1995, S. 149) empfiehlt. Aufschlussreiches zu diesem Thema findet sich dagegen in Theorien über die ethnologische Methode der teilnehmenden Beobachtung. In einem Standardwerk zu diesem Thema empfiehlt bspw. Emerson ein oszillierendes Vorgehen zwischen „Distanz und Nähe“ (Emerson 2001, S. 17), um den Einfluss des Untersuchenden auf die Beschaffenheit des Untersuchungsgegenstands besser reflektieren zu können. Eine Dichotomisierung zwischen In- und Outsider im Verhältnis zu einem Untersuchungsfeld sei dabei jedoch artifiziell und verdecke lediglich diesbezügliche „marginale Unterschiede“ (ibid, S. 122). Beobachtende seien immer Be-

---

<sup>28</sup> Meine Auseinandersetzung mit dem Thema der „Chronizität“ beeinflusste bspw. stark die Art und Weise, wie ich mit Patienten und Kollegen interagierte, wie ich Behandlungen durchgeführt oder verändert habe und auf welche Weise ich zu Diskussionen im Team beitrug. Dabei war mein Einfluss in mancher Hinsicht sicherlich förderlich, andererseits polarisierte er aber auch oder provozierte Konflikte. Denn ein in der Praxis verankertes Wissen ist immer absichtsvoll. Es ist nicht neutral, objektiv oder distanziert, sondern will das praktische Tun lenken und dirigieren. Auf diese Weise sind die von mir beschriebenen „chronischen“ Phänomene nicht als unabhängig von mir zu betrachten, sondern nur im Zusammenspiel verschiedener Faktoren, innerhalb dessen meine Person einen wesentlichen Platz einnahm.

standteil der beobachteten Wirklichkeit, diese werde beobachtet und dadurch gleichzeitig (mit-)erschaffen, so dass sich ein Forschender gleichzeitig als Subjekt und Objekt seiner Untersuchung verstehen sollte. Ein ethnomethodologisches Vorgehen zwingt uns also dazu, den eigenen Anteil an der beobachteten Wirklichkeit sichtbar zu machen; dies scheint insbesondere bei langfristigen Beobachtungsprozessen angeraten, in denen die Untersuchenden schnell selbst zu einem Teil des beobachteten Feldes werden können (Floeth 1991).

#### 4) Praxisbeobachtungen untersuchen das Tätigsein

Wie bereits gezeigt wurde, operiert in Praxen ein vornehmlich stillschweigendes und hintergründiges Wissen. So sind in alltägliches Handeln routiniert eingearbeitete Normen, Wissensbestände, Wertevorstellungen und Klassifikationen häufig nicht unmittelbar zugänglich. Auch körperlich vermittelte und materiell-gegenständliche Einflussfaktoren auf Praxen sind den jeweils Handelnden oft nur zu einem geringen Ausmaß bewusst, da sie deren Handlungsweise häufig nur unmerklich formen oder eben kontextuell bedingen. Ein praxistheoretischer Zugang muss diesem Umstand gerecht werden, indem er sich weniger auf die expliziten Einsichten von Beforschten und deren Inhalte ausrichtet, wie das bspw. hermeneutische oder inhaltsanalytische Verfahren der qualitativen Sozialforschung tun (Flick 2005). Vielmehr muss es im wahrsten Sinne des Wortes darum gehen, eine Praxis zu *beobachten*, also ihr Tätigsein unter dem Einfluss der sie umgebenden, spezifischen Situation (s. Punkt 5) erst einmal in akribisch-beschreibender Weise (s. Punkt 6) in Augenschein zu nehmen.

Der Schwerpunkt einer Praxisforschung sollte also, auch im Gegensatz zu den herkömmlichen praxistheoretischen Konzepten der Sozialarbeit und –pädagogik, auf den Herstellungsleistungen von Praxen und deren situativen Einflussfaktoren liegen. Es geht also um die Frage, in welcher Weise das untersuchte Phänomen entweder aktualisiert bzw. stabilisiert, oder, umgekehrt, unsichtbar gemacht, also zum Verschwinden gebracht und damit von einem eigenen Tätigsein abgehalten wird. Die jeweils untersuchten Phänomene sind dabei den sie jeweils aktualisierenden Praxen nicht etwa als vorgeschaltet anzusehen, sondern werden erst durch diese „gemacht“, also in ihrer spezifischen Gestalt zur Existenz gebracht. Der Begriff des Tätigseins ist ferner in semiotischer Weise aufzufassen (Barthes 2010); es geht also um die Be-

schreibung von „Verschiebungen“, „Bewegungen“ oder „Propositionen“, also um feinsinnige Veränderungsprozesse, die sich im Rahmen des praktischen Tuns und durch die permanente Verwandlung der situativen Einflussgrößen fortwährend und jedes Mal aufs Neue erstellen.<sup>29</sup> Auf diese Weise werden eingespielte und für selbstverständlich erachtete alltägliche Handlungsvollzüge zu einer flexiblen Matrix, in der die beobachtete Wirklichkeit vor allem durch ein andauerndes, intuitives, oft hintergründiges und routiniertes, wechselseitig ineinander verschränktes Tun und Getanwerden ihre beobachtbare Gestalt erhält.

##### 5) Praxisbeobachtungen wollen Komplexität erfassen

Die Praxisbeobachtung als Methode ist also ein sehr umfassendes Verfahren, das angesichts der Komplexität gelebter Wirklichkeit in seiner Durchführung immer hinter den eigenen Ansprüchen zurück bleiben muss. Daher versuchen praxistheoretische Ansätze auch nicht, eine ontologische Sicherheit in Bezug auf die untersuchten Phänomene zu erzeugen; sie streben vielmehr danach, die Welt in ihrer ganzen Vielschichtig- und Mehrdeutigkeit und dabei jeweils nur temporär zu erfassen (Mol 2002). Bereits im vorangegangenen Kapitel habe ich den relationalen Charakter einer für dieses Vorhaben notwendigen Epistemologie umrissen. Aufbauend auf der Akteur-Netzwerk-Theorie (Latour 2002) habe ich dafür plädiert, das Phänomen der „Chronizität“ nicht als das Produkt einer *einzelnen* Einflussgröße aufzufassen, sondern als das Ergebnis von unterschiedlichen und einander wechselseitig beeinflussenden dynamischen und flüchtigen, weil situativ hergestellten Verknüpfungen. „Chronizität“ existiert demnach nur im Plural, als eine Vielheit von jeweils verschiedenen, räumlich und zeitlich, weil situativ kontingenten Wechselwirkungen. Eine solche Epistemologie richtet sich explizit gegen essentialistische oder positivistische Lesarten von Wirklichkeit (Latour 1998). Während letztere die Existenz von untersuchten Phänomenen *an und für sich* behaupten, versucht ein relationales, epistemologisches Vorgehen immer diejenigen Praxen und kontextuell tätigen Situationen einzubeziehen, die zu ihrer Aktualisierung beitragen.

---

<sup>29</sup> Siehe auch Fußnote 4: Der Begriff der *Handlung* wird von vielen praxistheoretischen Autoren abgelehnt, weil er zu voluntaristisch und rationalistisch geprägt ist. Der Begriff des *Tätigseins*, hingegen, wird in der Praxistheorie im semiotischen Sinn genutzt, fast als Antithese zum Konzept eines zielgerichteten, bewussten und individualistisch intentioniertem Handelns. Praxen sind als „übersubjektive Zusammenhänge“ zu verstehen, wobei die Motivation für Handlungen oder besser Tätigsein weder *nur* innerhalb eines tätigen Subjekts, noch *nur* in einer es umgebenden, objektiven Struktur zu verorten ist.

In Bezug auf ein methodisches Vorgehen folgt daraus, dass praxistheoretische Ansätze auf die Herstellung eines möglichst komplexen und situierten Wissensbestands ausgerichtet sein sollten. Beck spricht bspw. davon, dass ein (sozialwissenschaftlich inspiriertes) praxistheoretisches Vorgehen auf eine „Situationsanalytik“ (Beck 2011, S. 341) angewiesen sei. Im Rahmen psychotherapeutischer und psychiatrischer Forschungsfelder kommt diesem Vorhaben vielleicht eine „Einzelfallanalyse“ relativ nahe (Hildenbrand 1998; Steiner 2005), die im herkömmlichen Sinne zwar gelegentlich auch körperlich-habituelle Einflussgrößen auf Praxen einbezieht, materiell-technische Faktoren dagegen häufig grundsätzlich vernachlässigt.<sup>30</sup> Fest steht, dass qualitative Forschungsmethoden sich für ein solches Vorhaben grundsätzlich besser eignen. Denn durch ihre systematische Berücksichtigung von situativen und subjektiven Faktoren sind diese oftmals „näher dran“, erstellen also im Vergleich zu vielen statistisch-metrischen Verfahren häufig ein genaueres Bild der Wirklichkeit (Flick 2005).<sup>31</sup> So empfehlen auch die herkömmlichen, praxistheoretischen Ansätze der Sozialarbeit- und pädagogik den Einbezug qualitativer Methoden, weil diese der Praxis näher stünden und damit Situationen besser erfassen könnten (Moser 2012). Es gehe darum, „detaillierte Situationsporträts“ (Heiner 1988, S. 81) anzufertigen, wobei der Einzelfall als eine „virtuelle Welt“ (Schön 1982, S. 157), also prinzipiell als eine konstru-

---

<sup>30</sup> Die Orientierung am Einzelfall geht auf Hippokrates zurück, hat entscheidende Vorläufer im Entwicklungsroman der Klassik sowie der ethnologischen Personenbeschreibung des 19. Jahrhunderts und galt über lange Zeit als entscheidende psychiatrische Forschungsstrategie. Nach einem Rückgang in den 50er Jahren wurden Fallbeschreibungen im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Studiendesigns forschend und didaktisch wieder vermehrt eingesetzt. Seither gelten sie als unerlässlich in der Beforschung von Behandlungssituationen (Schauenberg 2006). Einzelfälle haben den Vorteil, institutionell-alltägliche und lebensweltliche Phänomene in ihrer Kontextabhängigkeit, Komplexität und Differenziertheit gut abbilden zu können (Withley 2005). Statt den Gegenstand der Forschung in einzelne Variable zu zerlegen, können sie ihn vollständig rekonstruieren und in Form einer dichten Beschreibung idiographisch, das heißt in seiner situativen Einzigartig- und Unverwechselbarkeit erfassen (Flick 2005). Zugleich zeigt sich an Fallgeschichten besonders stark, dass Wissenschaft auch von literarischen Kriterien abhängig ist: Schon Freuds Kasuistiken lassen sich fast wie Novellen lesen. Durch ihre gleichzeitig narrative und theoriegeleitete Struktur sind sie am ehesten einem hybriden Textgenre zuzuordnen, das zwischen Literarität, theoretischem Essay und Dokumentation zu verorten wäre (Schauenberg 2006).

<sup>31</sup> Zugleich laufen sozialwissenschaftliche Ansätze durch ihre Nähe zur Wirklichkeit auch Gefahr, ein banales, bereits geläufiges Wissen zu erzeugen, alltägliche Einsichten also lediglich zu reproduzieren. Sie wollen die Welt in all ihrer Komplexität abbilden und riskieren dadurch, Gewohntes und Bekanntes in trivialer Weise nachzuzeichnen. Außerdem wirft eine solche Wirklichkeits-Nähe das Problem der „Anonymisierung“ auf. So stand ich in meinen Arbeiten oft vor der schwierigen Situation, einen Mittelweg zwischen einer anschaulichen Beschreibung und einer notwendigen Verfremdung der beschriebenen Situationen finden zu müssen. Denn Details sind in diesem Zusammenhang zwar wichtig, aber auch verräterisch. Schmidbauer (Schmidbauer 2005) erörtert diesbezüglich die Frage, ob wir durch Anonymisierung entweder „verschlüsseln“ oder eben „entstellen“ bzw. „verfälschen“. Er hält letztere Begriffe für angemessener, räumt aber ein, dass diese dem Ideal von Wissenschaftlichkeit kaum entsprechen, wohingegen die Metapher der „Verschlüsselung“ die Möglichkeit suggeriert, durch den „richtigen Schlüssel“ zur „objektiven“, weil vollständigen „Wahrheit“ zu gelangen.

ierte Repräsentation der Wirklichkeit aufzufassen sei. Die praxistheoretische Methode sei mithin auf eine präzise Darstellung von einzelnen Situationen angewiesen und verfolge das Ziel, sich die Vorbedingungen des eigenen Handelns vor Augen zu führen und somit „mögliche Handlungsalternativen“ zu generieren (Schön 1982, S. 310).

#### 6) Praxisbeobachtung bedarf der Generalisierung

Jedoch suchen auch Einzelfallbeschreibungen nach Generalisierung (Steiner 2005). Mehr noch, sie sind *selbst* immer schon Generalisierungen, weil sie aus einer ganzen Bandbreite verschiedener Möglichkeiten eine bestimmte Perspektive und diese Perspektive im Verhältnis zu einer generellen Aussage auswählen. So geht es bei Einzelfallbeschreibungen immer um das Paradigmatische, um einen induktiven „Erweiterungsschluss vom Spezifischen ins Allgemeine“ (Elstner 2009), um die Identifizierung von typischen, extremen, ideal-typischen oder durchschnittlichen Handlungsmustern (Hildenbrand 1998). In der Art des Zuschnitts von Beobachtungen „steckt also immer schon Theorie drin“ (Buchholz 1999), denn diese sind bereits, bspw. gemäß der Forschungsfrage und der ihr zugrunde liegenden Theoriebildung, verdichtet, subjektiv wahrgenommen, perspektivisch ausgewählt und damit selbst schon eine theorie- und hypothesengeleitete Abstraktion der beobachteten Wirklichkeit.<sup>32</sup> In diesem Zusammenhang bezeichnen praxistheoretische Autoren der Sozialarbeit und –pädagogik den Rückgriff auf Theorien als „Ordnungshilfe,...[die dazu dienen kann], die komplexe Dynamik und Struktur der alltäglichen Praxis“ (Beerlage 1989, S. 115) zu verstehen. Theorien erlaubten eine „Dezentrierung“, also ein Zurücktreten vom Forschungsfeld (ibid, S. 65) und ermöglichten dadurch, überhaupt Differenzen und Widersprüche innerhalb des Beobachteten aufdecken zu können. Durch die Anwendung von Theorien auf die Praxis erfahre Letztere darüber hinaus eine unmittelbare Transformation (Oelofsen 2012). Dies könne produktiv dazu genutzt werden, die der alltäglichen

---

<sup>32</sup> Sogar der Prozess der Verschriftlichung hat eigene Konsequenzen, indem er lebendige Wirklichkeit zu einem Text reduziert und damit auch verfremdet (Mruck 2003). Darüber hinaus gibt es nicht nur eine Art der Sprache, um Wirklichkeit zu beschreiben, sondern unterschiedliche Möglichkeiten in Stil und Ausdruck, was ebenfalls zu einer selektiven oder einer zugunsten der eigenen Beobachtungen beeinflussten Darstellung führen kann. Zusätzlich können die paradigmatischen Setzungen der den Beobachtungen jeweils zu Grunde liegenden Wissenskultur(en) die Art der verwendeten Rhetorik bestimmen (Winter 2010). Das habe ich persönlich zu spüren bekommen, als ich auf einem DGPPN-Kongress meine eher textlastige Forschung in Form eines Posters präsentieren und damit an ein Format anpassen musste, das ursprünglich für zahlenbasierte Forschung entwickelt wurde. Präsentationsformate haben also rückwirkend immer auch einen Effekt auf die jeweils präsentierten Inhalte einer Forschungsarbeit. Natürliches Wissen wird dadurch „epistemisch“ und beeinflusst anschließend selbst, in der Rückkoppelung, auch die gelebte Wirklichkeit (Hacking 2006).

Praxis innewohnenden „verkrusteten, immobilen Denk- und Handlungsstrukturen zum „Tanzen zu bringen““ (Heiner 1988, S. 153).

In ähnlicher Weise verwendete auch ich in meiner Arbeit ein ganzes Arsenal an theoretischem Handwerkszeug, um den beobachteten Aktualisierungen von „Chronizität“ in aller Differenziertheit gerecht werden zu können. Dabei habe ich mich bemüht, diese Theorien unvoreingenommen, nämlich eher zum Zweck der Exploration als der Explanatation zu nutzen (Sikorski 2010). Statt der von mir beobachteten Wirklichkeit also ein erklärendes Korsett überzustülpen – etwaige Theorien demnach zur bloßen Validierung meiner Beobachtungen zu missbrauchen (Zaumseil 2007) – dienten sie mir als ein Assoziationsfeld, um Gedanken anzuregen, den verwendeten Begriffen eine Gestalt und den zu Grunde liegenden Phänomenen eine Struktur zu verleihen.<sup>33</sup> Wichtig war mir also, Theorien nicht einseitig determinierend auf die beobachteten Praxen und Situationen anzuwenden. Auch hier werden die gebräuchlichen Ansätze der Sozialarbeit und –pädagogik explizit, indem sie ein „iteratives Vorgehen“ (Moser 2012) empfehlen, also ein dialektisches Pendeln zwischen Theorie und Praxis. Emerson prägt in diesem Zusammenhang in Bezug auf die Methode der teilnehmenden Beobachtung den Begriff der „Retroduktion“ (Emerson 2001, S. 284) und beschreibt damit einen forschenden Prozess, der in der Form eines Hybrid aus einem einerseits rein induzierenden und andererseits nur deduzierenden Vorgehen ein fortwährendes Oszillieren zwischen Theoretisieren und Beobachten darstelle. Ein

---

<sup>33</sup> Die Tatsache, dass meine Aufsätze sehr theorielastig operieren und ich mich dabei v.a. auf ethnologische und wissenschaftstheoretische Theorien und nicht nur auf Konzepte der Psychologie und Psychiatrie beziehe, ist dabei sicherlich durch meine persönliche und beruflich-professionelle Sozialisation bedingt (s. Punkt 2). Andererseits stimme ich mit der Behauptung Mrucks überein, dass sich das psychiatrische Tun seit jeher aus den Wissensbeständen verschiedener Disziplinen bedient hat (Mruck 2000), so dass sich bspw. in der Praxis verwendete Krankheits- und Versorgungskonzepte sowohl aus medizinischen als auch aus philosophischen, soziologischen oder psychologischen Theorien speisen. Fuchs (2003) schreibt der Psychiatrie sogar eine einzigartige Stellung zwischen den Natur- und Geisteswissenschaften zu, die zu einem besonderen Spannungsverhältnis, dadurch aber auch zu einer spezifischen Attraktivität des Feldes geführt habe. Psychiatrisch Tätige seien „Grenzgänger“, ihr theoretisches Fundament liege nicht nur in medizinisch-naturwissenschaftlichen Feldern, sondern auch in Literaturwissenschaft, Wissenschaftstheorie, Frauenforschung, Pädagogik und Anthropologie. Unterschlage man diese vielfältige Verwurzelung der Psychiatrie in der Sozialwissenschaft, so dezimiere man ihren methodischen und theoretischen Pluralismus und verhindere einen fruchtbaren Austausch verschiedener gewachsener Kulturen und Traditionen (vgl. auch (Kanning 2007). Fuchs (ibid) liefert hier eine eindrucksvolle psychodynamische Deutung: Die einseitige Betonung biowissenschaftlicher Ansätze innerhalb des zeitgenössischen psychiatrischen Diskurses entspringe der Hoffnung, „durch Selbstamputation endlich Eindeutigkeit“ zu erlangen. Durch die Abspaltung hermeneutisch-verstehender Methoden soll demnach die psychiatrische Identität gesichert werden. Fuchs merkt an, dass die eigentliche psychiatrische Identität im Aushalten von Spannungen und Brüchen zu finden sei – um Fremdes und Anderes therapeutisch anerkennen und integrieren zu können. Hierzu brauche es Neugier und die Fähigkeit, Unsicherheiten und Vieldeutigkeiten zu ertragen.



„vortastendes Verfahren von Klärung, Revision, Interpretation und theoretischer Annahme“ wird angeraten, um dieser engen Wechselbeziehung zwischen Empirie und Theorie gerecht zu werden (Moser 2012, S. 106). Ein Erkenntnisgewinn habe demzufolge „in mehreren Stufen“ zu erfolgen, wodurch die dabei gewonnene Theorie aus der Praxis hervorgehen und somit in dieser verankert werden solle (Schön 1982).

### **Gütekriterien und Zielrichtung**

Praxisforschung ist immer absichtsvoll (Schön 1982). Sie ist dementsprechend weder objektiv, neutral oder distanziert, vielmehr will sie das praktische Tun in ihrer ambivalenten Position zwischen Erkenntnis- und Handlungsorientierung leiten und lenken. Dadurch bergen praxistheoretische Ansätze durchaus die Gefahr, zu emotionalisieren und nur einseitige Betrachtungen zu liefern. Denn sie zielen auf ein kontextgebundenes, unsicheres, subjektives und mit dem Untersuchungsgegenstand verstricktes Wissen, welches zum Nachdenken anregen und, bestenfalls, neue Ansätze in der Praxis stimulieren kann. So sind klassische Gütekriterien wie Generalisierbarkeit, repräsentative Wahrhaftigkeit, Objektivität oder wissenschaftliche Abstinenz (Fossey 2002) zur Bewertung von praxistheoretischen Ansätzen oft nur wenig brauchbar. Ohnehin ist die Qualität von qualitativen Forschungsarbeiten jenseits festgesetzter Merkmale zu bewerten; nicht die Methode scheint hier maßgeblich, sondern die Haltung, mit der die Forschung jeweils durchgeführt wird (Flick 2005). Im Folgenden sollen darum mögliche Geltungsbedingungen von praxistheoretischen Ansätzen innerhalb von drei verschiedenen, teilweise einander überlappenden Merkmalsbereichen gesucht werden. Ich beziehe mich dabei sowohl auf in Standardwerken referierte Gütekriterien für die Durchführung von Ansätzen der qualitativen Sozialforschung (Flick 2005), als auch auf diesbezügliche Hinweise, die in der Literatur der in der Sozialarbeit und –pädagogik bisher gebräuchlichen praxistheoretischen Vorhaben zu finden waren.

#### *Gegenstandsangemessenheit*

Das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit fragt danach, inwieweit die verwendeten Methoden dem Gegenstand der Untersuchung, also der Forschungshypothese angemessen sind (Flick 2005). Entscheidend ist dabei

nicht ein methodisch rigoreses oder vor-strukturiertes Vorgehen, sondern die Anpassung der Methoden an den jeweiligen Untersuchungsgegenstand. Ein bestimmtes methodisches Vorgehen bürgt also in dieser Sichtweise nicht *per se* für die Qualität einer Arbeit, sondern kann sich erst im Zusammenhang mit der ihm zu Grunde liegenden Forschungsfrage bewähren. Moser übersetzt das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit in „Stimmigkeit“, fragt also danach, ob sich die Forschungsziele mit den jeweils verwendeten Methoden vereinbaren lassen (Moser 1995).

### *Plausibilität*

Die Plausibilität einer Forschungsarbeit bemisst sich an der Frage, ob und inwiefern es dieser gelingt, die gewonnenen Daten nachvollziehbar, konsistent und glaubwürdig darzustellen (Fossey 2002). Sind die vorliegenden Daten ausreichend und transparent durch illustrative Beobachtungssequenzen oder Zitate belegt? Sind sie vor dem Hintergrund der existierenden Literatur und vergleichbarer praktischer Erfahrungen plausibel? Werden die subjektiven Einflüsse auf den Beobachtungsprozess und die Involviertheit der Forschenden im Feld genügend thematisiert? Wurde der lokale Kontext, also der situative Charakter der Beobachtungen plastisch und nachvollziehbar dargestellt? Und inwieweit ergeben sich die Interpretationen plausibel aus dem dargestellten Material? Zu bewerten ist also die innere Kohärenz und Überzeugungskraft von Beobachtungen, anstatt dass vornehmlich die methodische Akribie ihres Erwerbs dokumentiert würde.<sup>34</sup>

### *Viabilität*

Die Viabilität von Forschungsergebnissen ist im Zusammenhang praxistheoretischer Ansätze von besonderer Wichtigkeit (von Glaserfeld 1997). Dabei geht es darum, die Relevanz von Ergebnissen in ihrer Anwendung auf die Praxis zu

---

<sup>34</sup> Wenn ich das Kriterium der Plausibilität auf meine eigenen Aufsätze anwende, fange ich an zu zweifeln inwieweit diese Geltungsbedingung von mir ausreichend erfüllt wurde: Habe ich den Kontext der jeweils beschriebenen Situationen angemessen dargestellt? Habe ich meine eigene Positioniertheit ausreichend in den Texten erwähnt und in der Auswertung der Fallgeschichten angemessen berücksichtigt? Sind mögliche alternative Interpretationen der in den Aufsätzen dargestellten Fallgeschichten von mir ausreichend angesprochen, oder doch eher zu sehr zum Schweigen gebracht worden? Weitere methodische Zweifel finden sich auch in den Fußnoten 25 und 27 wieder.

überprüfen. Ist eine Arbeit in ihrem Verhältnis zur Wirklichkeit als zumindest „überlebenstauglich“ (von Glaserfeld 1997) oder sogar produktiv einzuschätzen? Erlaubt sie es also praktisch Tätigen, sich in der beobachteten Wirklichkeit (besser) zurechtzufinden? Heiner spricht in diesem Zusammenhang davon, dass Praxisforschung „umsetzungsorientiert“ zu sein habe (Heiner 1988, S. 9). Moser nennt Viabilität „Brauchbarkeit“ (Moser 2012, S. 10) und unterstreicht damit die Notwendigkeit eines praktischen Nutzens von praxistheoretisch generierten Daten. Er fordert außerdem, dass Forschungsergebnisse möglichst anschlussfähig gehalten werden sollten und kontrastiert diesen Begriff der Anschlussfähig- mit dem der Generalisierbarkeit (Moser 2012, S. 122). Es ist also darauf zu achten, dass Ergebnisse bspw. in ihrer Terminologie oder in ihrem Rückbezug auf bestehende Konzepte so präsentiert werden, dass sie sowohl für klinisch-praktische Zusammenhänge als auch für die Theorieentwicklung einen Beitrag leisten können.

Praxistheoretische Ansätze möchten also ein Wissen produzieren, das einerseits direkt aus der Praxis hervorgeht, andererseits aber auch geeignet ist, diese theoretisch anzuregen oder konzeptuell weiterzuentwickeln. Moser beschreibt diesen Zusammenhang als einen zyklischen Prozess: Die in der Praxis auftretenden Probleme werden unter Bezugnahme bestehender Theorien reflektiert, wodurch ein neues Wissen gewonnen wird, das nachfolgend in der Praxis wieder Anwendung finden kann (Moser 2012). Bager-Charleson sieht die Ursprünge eines solchen Vorgehens im Prozess eines „transformativen Lernens“ (Bager-Charleson 2010, S. 136), der aus den folgenden Phasen bestehe: Erfahrungen aus der Praxis werden zu tentativen Feststellungen, diese werden also mit Sinn versehen (Wahrnehmung). Darauf folgend werden Theorien implizit oder explizit zu Rate gezogen (Reflexion). Die eigene Erfahrung wird dadurch anschlussfähig gemacht (Konzeptbildung), gleichzeitig aber auch abstrahiert. In einem letzten Schritt wird sie schließlich, transformiert, in die Praxis wieder rückübersetzt (Umsetzung). Im Ursprung sei ein solches Vorgehen also „natürlich“, denn Praktiker fragten immer danach, ob eine Handlung zu den gewünschten Zielen führe, also die erwünschten Effekte auf ein definiertes Praxisfeld habe. Wenn dies nicht der Fall sei, beginne ein Prozess der Reflexion mit nachfol-

gender Wiederholung der auf diese Weise veränderten, weil informierten und theoretisch begründeten therapeutischen Intervention.<sup>35</sup>

Praxisforschung hat also einen direkten Handlungsbezug. Sie dient nicht nur der Theorientwicklung oder –überprüfung, sondern möchte die Praxis selbst verändern (Moser 1995, S. 94). Ein solches Vorgehen ist umso wichtiger, als es die Hektik des institutionell-klinischen Alltags praktisch Tätigen oft kaum erlaubt, ausreichend kritisch, systematisch oder regelmäßig nachzudenken. Es fällt ihnen deshalb häufig schwer, aus Erfahrungen wirklich umfassend zu lernen, so dass sie die unbestimmten, einzigartigen und oft chaotischen Situationen des klinischen und außerklinischen Alltags vielfach mit Hilfe einer „situativen Vernünftigkeit“ (Wolff 1983) bewältigen müssen.<sup>36</sup> Ein praxistheoretischer Ansatz will dieser Tatsache gerecht werden, indem er die dabei „ins Tun“ kommenden expliziten und impliziten Wissensformen und die situativen und körperlich-implizit vermittelten Einflussgrößen sichtbar zu machen versucht. Die Determinanten bestimmter Handlungsvollzüge sollen dadurch den praktisch Tätigen vergegenwärtigt werden, so dass sie daraus Rückschlüsse für ein reflektiertes, systematisches und theoretisch begründetes klinisch-praktisches Vorgehen ziehen können.

Dafür braucht es „einfache methodische Sets“, die mit „einem begrenzten Aufwand zum Ergebnis kommen“ (Moser 2012, S. 10). Angesichts der Tatsache, dass die Anwendung einer jeden Forschungsmethode einen hohen Grad an Reflexivität, ein umfassendes Arsenal an Kenntnissen sowie bedeutende personelle und materielle

---

<sup>35</sup> Dabei ist sicherlich hilfreich, dass die oben vorgestellten epistemologischen Prämissen mit denen einer psychiatrisch-praktischen Epistemologie in vieler Hinsicht verwandt zu sein scheinen. Auch im Kontext der Therapie sollte uns bewusst sein, dass unser Wissen subjektiv, perspektivisch und immer involviert ist. Die Behandlungssituation ist stets komplex, so dass ein stärkerer Fokus auf dem Beobachtbaren, also dem Tätigsein von Klienten (anstatt lediglich das Hören ihrer Aussagen) sicherlich angemessen wäre. In diesem Zusammenhang merkt auch Fey (2007) an, dass die praktisch-psychiatrische Arbeit zu ihrer Durchführung auf Theorien angewiesen ist. Die Praxis biete also immer auch die Chance, Theorie zu reflektieren. Systemische Behandlungsansätze scheinen dabei der Epistemologie von praxistheoretischen Ansätzen am nächsten zu kommen. Das liegt womöglich daran, dass beiden eine kybernetische Weltauffassung zu Grunde liegt.

<sup>36</sup> Der psychiatrische Alltag ist, nach dem Sozialarbeiter Stephan Wolff (1983), immer durch ein Ringen bestimmt – durch ein Ringen um einen angemessenen Umgang mit Klienten, um Anerkennung, um die richtige Form der Intervention usw. Wolff beschreibt mithin die alltäglichen Irrationalitäten von psychiatrisch Tätigen als Lösungsversuch für die Probleme des Alltags und nicht als Ursachen oder Ausdruck von organisatorischen Schwierigkeiten (ibid., S. 63). Professionelle hätten immer gute Gründe so zu handeln, wie sie es tun, wenn auch ein Wissen darum oft schwer zugänglich sei. Hier kann ein Bezug zu dem im Schlussteil meiner Arbeit vorgestellten Konzept des „tinkering“ von Annetarie Mol gezogen werden.

Ressourcen verlangt, sagt sich das leicht. Die praxistheoretischen Ansätze der Sozialarbeit und -pädagogik sehen prinzipiell vor, dass sich die praktisch Tätigen selber, also selbst-reflexiv mit den eigenen Praxen forschend auseinandersetzen. Dies geschehe ja ohnehin bereits im Rahmen von Team- und Fallbesprechung, Supervision, Fort- und Weiterbildung und Selbsterfahrung, wie Beerlage (1989) ausführt. In diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung in eine Forschung *in* der Praxis, einer Forschung *für* die Praxis und einer Forschung *mit* der Praxis hilfreich (angelehnt an *ibid* und (Kaschuba 2010)). Eine Forschung *in* der Praxis könnte einen solchen selbstreflexiven Umgang von praktisch Tätigen mit den Grundlagen des eigenen Handelns bedeuten. Allerdings müsste dieser dann strategisch, theoriegebunden und systematisch erfolgen, um wirklich die Kriterien einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu erfüllen (Moser 2012). In diesem Zusammenhang beziehe ich mich in meinen Arbeiten auf das Konzept der *kontextuellen Reflexivität* der Philosophin und Soziologin Jeannette Pols (Pols 2006), mit dem sie professionell Tätige dazu anregen möchte, im Rahmen ihrer Arbeitszusammenhänge reflexiv zu operieren und dadurch neuartige ethische Positionen zu etablieren. Im Bezug auf einen praxistheoretischen Ansatz wäre das Ziel einer solchen Auseinandersetzung, das eigene Handeln systematisch zu analysieren, um dadurch dessen Qualität verbessern zu können. Ein Forschungsvorhaben *für* die Praxis wäre mit Hilfe der bereits mehrfach erwähnten Methodik der teilnehmenden Beobachtung möglich. Stefan Beck bspw. sieht in dieser die Methode der Wahl für die Durchführung einer Situationsanalytik (Beck 2011, S. 346). Und auch im Rahmen unseres DFG-Projektes hat sich der gezielte Einsatz von Ethnologinnen, im Sinne eines Blicks „von außen“ auf ein Forschungsfeld, sehr bewährt. Schlussendlich entspräche ein Forschungsansatz *für* die Praxis einem kooperativen, oftmals interdisziplinären Unterfangen verschiedener Akteure: Früher fand man diesen Ansatz vornehmlich unter dem Begriff der Aktionsforschung (Moreno 1934), heutzutage versteht man ihn vielleicht am ehesten im Sinn einer partizipativen Versorgungsforschung (Wright 2013).<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> In den „Hochzeiten“ der praxistheoretischen Forschungsansätzen der Sozialarbeit und -pädagogik gab es sogen. Wissenschaftsläden (Heiner 1988) S. 101 ff). Diese sollten dazu dienen, für praktisch Tätige theoretisches Wissen bereit zu stellen und außerdem zur Reflexion und Planung von Versorgungsprogrammen oder auch zur Legitimation von innovativen Vorhaben beizutragen. Leider wurden nach einiger Zeit diese praxisberatenden Einrichtungen auf Grund fehlender personeller und materieller Ressourcen geschlossen. Heiner beschreibt, dass in Zeiten einer Umstrukturierung des Versorgungssystems die Wissenschaft oft mit der Praxis eine „Zwangsehe“ eingehe (*ibid*, S. 141). Das sie beide Trennende rücke also in den Hintergrund zu Gunsten einer kooperativen und konstruktiven Entwicklung sowohl von neuen Forschungsverfahren als auch von dafür notwendigen Infrastrukturen.

Wissenschaftstheoretische Arbeiten (Popper 1959; Kuhn 1962) haben gezeigt, dass die Bestimmung dessen, was als Wissenschaft zählt, eng mit normativen Fragen und paradigmatischen Auseinandersetzungen verbunden ist. Diese bestimmen, was als „wahr“ gilt und was überhaupt beobachtet oder untersucht werden darf und kann und mit welchen Instrumenten und in welchem Duktus dies geschehen soll (Mattes 2008). Paradigmen sind selbst keine Erkenntnis, sondern bilden den Hintergrund, vor dem Erkenntnisse allererst möglich werden. Sie gelten eine zeitlang als bestimmend und haben reale Konsequenzen für die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und, im Fall der Psychiatrie, auch für die Versorgungssituation der Betroffenen (Sell 2010). In Form einer zyklischen Ablösung lassen sich jeweils nach einer Weile nicht mehr alle Erkenntnisse innerhalb eines bestimmten normativen Kanons abbilden. Es kommt zu einer sogen. „paradigmatischen Wende“, mit welcher ein neues Arsenal an wissenschaftlichen Glaubenssätzen und Techniken in Kraft tritt. Wissenschaft ist demnach erheblich durch Weltanschauungen vor-strukturiert, verdichtet in Form von akademischen Konventionen und Infrastrukturen, die wiederum stark die Art und Weise beeinflussen, wie die Welt einerseits erkannt werden kann und wie in ihr andererseits zu handeln ist (Fujimura 1998).

Darüber hinaus zeigte sich, dass sich Erkenntnisse im Verlauf der Wissenschaftsgeschichte vor allem dann durchsetzen, wenn sie sich in der Anwendung auf die Praxis als wertvoll erwiesen (Feyerabend 1933; Kuhn 1962). Die Wandlung von Wissensbeständen unterlag also vor allem dem Kriterium der Nützlichkeit und weniger bspw. dem der „Wahrhaftigkeit“. Hier ist sicherlich einzuwenden, dass die Definition von Nützlichkeit selbst bereits das Ergebnis bestimmter Diskurse ist, also nicht unabhängig von einem Wissenschaftssystem operieren kann. Dennoch scheint sich ein Wissen, das sich in der Praxis gut anwenden lässt, langfristig durchzusetzen, so dass sich auch in dieser Hinsicht ein praxistheoretischer Forschungsansatz offensichtlich bewährt. Darüber hinaus bietet sich ein solcher Ansatz gerade im Feld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung an, weil dort mit dynamischen, untereinander vernetzten und hoch-komplexen Wirkvariablen hantiert werden muss. So ist der therapeutische Alltag keineswegs ein durch linear-eindeutige Wirkmechanismen definiertes, starres oder leicht beobachtbares System; vielmehr operiert er oftmals zirkulär und reziprok sowie, wie in meiner Arbeit gezeigt, in Abhängigkeit von zahlreichen und sich gegenseitig bedingenden Wirkfaktoren.

Eine praxistheoretische Forschung scheint also in vielfacher Hinsicht produktiv, vor allem, weil sie danach strebt, die Komplexität gelebter Wirklichkeit zu beobachten und zusätzlich theoretisch anschlussfähig zu machen. Auf diese Weise kann es gelingen, „ways of knowing“ und „ways of doing“ in einen fruchtbaren gegenseitigen Austausch zu bringen (Mol 2010). Dies scheint mir umso notwendiger, als auch weiterhin viele psychisch Kranke von Arbeit und Wohnen, materiellen Gütern, Partnerschaft und Familie, Bildung und Kultur ausgeschlossen werden (Wienberg 2008). So wichtig die Psychiatrieeinquete zweifellos war, das Leben in der Gemeinde hat nicht zu einer größeren Teilhabe an der Gesellschaft geführt (Richter 2003). In diesem Sinn benötigen wir ein geeignetes methodisches und theoretisches Rüstzeug, das die differenzierten Prozesse der psychiatrisch- und psychotherapeutisch-praktischen Versorgung begreiflich macht. Neben einer genauen Beobachtung von klinischen oder außerklinischen Behandlungssituationen müssen sich praxistheoretische Forschungsansätze dabei zunehmend auch der alltäglichen Lebenswelt von psychisch Betroffenen zuwenden. Ihrem territorialen „Nah-“, oder „Wir-Raum“ (Dörner 2008; Richter 2010) müssen unsere forschersischen Anstrengungen vermehrt gelten, denn ihre konkreten Sicht- und Handlungsweisen werden entscheidend für die Aufgabe sein, zukünftigen Versorgungsmodellen zu einem geeigneten Zuschnitt zu verhelfen.

Tabelle 1: Der Begriff der Praxis und die sich aus ihm ableitenden epistemologischen Prämissen und methodischen Implikationen.

| <b>Kategorie</b>       | <b>Eigenschaften von Praxen</b>  | <b>Epistemologische Prämissen</b>  | <b>Methodische Implikationen</b>                                      |
|------------------------|--|--|---|
| <b>Subjektivität</b>   | Innerhalb von Praxen operieren Forschende und Beforschte als Subjekte        | Beobachtungen sind immer subjektiv, also positioniert                              | Reflexion der eigenen Vorannahmen der Forschenden                     |
| <b>Perspektivität</b>  | In Praxen gibt es verschiedene Perspektiven auf ein und denselben            | Beobachtungen sind immer einseitig und damit relativ                               | Skepsis in Bezug auf die eigenen Beobachtungen                        |
| <b>Involviertheit</b>  | Alles, also auch forschendes Handeln ist in Praxen tätig involviert          | Der Prozess des Beobachtens verändert den Untersuchungsgegenstand                  | Reflexion der eigenen Herstellungsleistung an der beobachteten Praxis |
| <b>Tätigsein</b>       | Praxen stellen sich durch ein Tätigsein in einer umschriebenen Situation her | Die jeweils beobachtete Wirklichkeit wird fortwährend aktualisiert und hergestellt | Fokus der Beobachtung auf tätigen, also aktualisierenden Faktoren     |
| <b>Komplexität</b>     | Praxen sind komplex sowie räumlich und zeitlich kontingent                   | Die beobachtbare Wirklichkeit ist komplex und in Situationen eingebettet           | Relationales Vorgehen, also Analyse von situativen Wechselbeziehungen |
| <b>Generalisierung</b> | Praxen sind nur im Rückgriff auf Theorie(n) zu erfassen                      | Beobachten ist immer auf den Gebrauch von Theorie(n) angewiesen                    | Oszillierendes Vorgehen zwischen Theoretisieren und Beobachten        |



## 4. Zusammenfassung

Nach wie vor hat das Konzept der „Chronizität“ einen erheblichen Einfluss auf die Behandlungsroutinen und Denkweisen von psychiatrisch Tätigen und ist, als historisch gewachsene und inzwischen etablierte Kategorie, von zentraler Bedeutung für die Konstitution des psychiatrischen Alltags. Darüber hinaus eröffnet diese Bezeichnung den Zugang zu diversen sozialrechtlichen und finanziellen Ressourcen und strukturiert dadurch die Lebenswirklichkeit von vielen psychisch Erkrankter entscheidend.

In der vorliegenden Arbeit verbanden sich sozialwissenschaftliche mit sozialpsychiatrischen Forschungsfragen. Es wurde gezeigt, dass der Begriff „Chronizität“ einer definierten Zeitgeschichte entsprungen ist und somit ein zeitlich und räumlich kontingentes, also kulturabhängiges Phänomen darstellt. Darüber hinaus habe ich die Klassifikation „chronisch“ als eine singuläre und eindeutig bezeichnende Kategorie in Frage gestellt.

In den einzelnen Aufsätzen habe ich mit Hilfe eines, den Sozialwissenschaften entliehenen praxistheoretischen Ansatzes gezeigt, auf welche Weise „chronische“ Phänomene in der psychiatrisch-institutionellen Praxis *aktualisiert*, also hergestellt werden können. Praxistheoretische Ansätze gehen davon aus, dass jedwede Wirklichkeit nicht „aus sich heraus“ existiert, sondern fortgesetzt getan, gemacht oder produziert werden muss, um überhaupt existieren zu können. Praxen werden dabei als Handlungsvollzüge oder, besser noch, als alltägliche Formen von *Tätigsein* im Rahmen von spezifischen Situationen verstanden.

Im Vordergrund des ersten Teils der Diskussion stand die Frage nach dem *Wie* der beschriebenen Aktualisierungsprozesse: Auf welche Weise können „chronische“ Phänomene verwirklicht, in Kraft gesetzt werden? Welche unterschiedlichen Formen von *Tätigsein* spielen dabei eine Rolle? Und wie können sich die Effekte dieses *Tätigseins* miteinander verbinden, so dass sie am Ende ein „chronisches“ Phänomen aktualisieren? Ich habe dabei zum Einen die Effekte von Sprach- und Wissensformen, also bestimmte sprachlich-begriffliche Einflussfaktoren auf die Aktualisierung von „chronischen“ Phänomenen untersucht. Zum Anderen habe ich mich mit den Auswirkungen von körperlich vermitteltem, interaktivem *Tätigsein* auf das Phänomen der „Chronizität“ beschäftigt. Und schließlich sollte der Einfluss materiell-dinghafter Faktoren verdeutlicht und also gezeigt werden, dass potentiell auch Räume und Gegenstände „chronische“ Phänomene aktualisieren können.

Im zweiten Teil der Diskussion habe ich mich den praxismethodologischen Grundlagen eines praxistheoretischen Forschungsansatzes zugewendet und versucht, diesen für die sozialpsychiatrische Forschungslandschaft zu revitalisieren. Ich habe diesem Vorhaben einen eigenen Diskussionsteil gewidmet, um dadurch der Komplexität der ursprünglich in sehr unterschiedlichen Disziplinen verankerten methodologischen Prämissen gerecht werden zu können. Außerdem erhoffte ich mir durch dieses eher grundsätzliche, da vom Phänomen der „Chronizität“ abgekoppelte Vorgehen, dass die dargestellte Methode sich vielleicht leichter auf andere Untersuchungsfelder übertragen lässt.

## 5. Literaturangaben

- Amstrong, D. (2005). "Chronic illness: epidemiological or social explosion?" Chronic Illness **1**: 26-27.
- Anderson, H. (2008). "Kollaborative Praxis - eine Antwort auf eine sich schnell ändernde Welt." Systema **3**: 198-215.
- Angermeyer, M. C., Klausmann, D. (Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie). 1988. Hamburg, Springer-Verlag.
- Ankele, M. (2009). "Das Krankenbett. Raumanpassungen von Frauen in Psychiatrien um 1900 " Schweizerische Ärztezeitung **49**: 1935-1937.
- Arendt, H. (2002). Vita activa oder vom tätigen Leben. München, Zürich, Piper Verlag.
- Armstrong, D. (2005). "Chronic illness: epidemiological or social explosion." Chronic Illness **1**: 26-27.
- Bachrach, L. (1984). "The concept of young adult chronic psychiatric patients: questions from a research perspective." Hospital and Community Psychiatry **35**: 573- 580.
- Bachrach, L. (1988). "Defining the chronic mental illness: a concept paper." Hospital and Community Psychiatry **39**: 383- 388.
- Bachrach, L. (1992). "The chronic patient: in search for a title." Hospital and Community Psychiatry **43**: 867- 868.
- Bachrach, L. (1993). "Should the "chronic patient" be replaced? Reader responses." Hospital and Community Psychiatry **44**: 817-818.
- Bachrach, L. (1997). "Breaking down the barriers: commentary on a conference theme." Psychiatric Services **48**: 281-294.
- Bager-Charleson (2010). Reflective practice in counselling and psychotherapy. Exeter, Learning Matters Ltd.
- Barrett, R. J. (2006). The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. Cambridge, CUP.
- Barthes, R. (2010). Die Lust am Text. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Beck, S. (2011). Umgang mit Technik. Kulturelle Praxen und kulturwissenschaftliche Forschungskonzepte. Berlin, Akademie Verlag.
- Bister, M. (2014). "In Vorbereitung."
- Bister, M., Niewöhner, J. (Hrsg.). (2014). Alltag in der Psychiatrie im Wandel. Ethnographische Perspektiven auf Wissen, Technologie und Autonomie. Berlin, Panama Verlag. Berliner Blätter.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York, Universities Press.
- Böhle, F., Wehrich (2010). Die Körperlichkeit des sozialen Handelns. Soziale Ordnung jenseits von Normen und Institutionen. Bielefeld, transcript Verlag.
- Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Bowker, G., Leigh Star, S. (2000). Sorting things out. Classification and its consequences. Cambridge, MIT Press.
- Braun, S. (2009). Heilung mit Defekt. Psychiatrische Praxis in den Anstalten Siegburg und Hofheim 1820-1878. Göttingen, Max-Planck-Institut für Geschichte.
- Breuer, F. (2003). "Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen." Forum Qualitative Sozialforschung **4**(2): 1-12.
- Buchholz, M. B. (1999). Psychotherapie als Profession. Gießen, Psychosozial- Verlag.

- Burmann, E. (2004). "Boundary objects and group analysis: Between psychoanalysis and social theory." Group Analysis **37**(3): 361-379.
- Charmaz, K. (2000). Experiencing chronic illness. London, Routledge.
- Ciampi, L. (1980). "Is chronic schizophrenia an artefact?" Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie **48**: 237- 248.
- Clarke, A. (2005). Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn. London, New Dehli, Thousand Oaks, Sage Publication.
- Cournos, F., Le Melle, S. (2000). "The young adult chronic patient: a look back." Hospital and Community Psychiatry **51**: 996-999.
- Csordas, T. (1994). The body as representation and being-in-the-world. Cambridge, Cambridge University Press.
- De Certeau, M. (1984). The practice of everyday life. Berkeley, University of California Press.
- Debus, S. (2003). "Semiotik und Sozialpsychiatrie." Sozialpsychiatrische Informationen **33**(3): 2-7.
- Debus, S. (2007). Atmosphären im Alltag. Über ihre Erzeugung und Wirkung. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Derrida, J. (2006). Die Schrift und die Differenz. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Dewey, J. (1986). Logik. Die Theorie der Forschung. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Dörner, K. (2008). "Mitwirkung an der Entwicklung des Sozialraums - eine Aufgabe für die Sozialpsychiatrie." APK-Band **35**: S. 37 ff.
- Dörner, K., Plog, U. (1996). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Douglas, M. (1966). Purity and danger - an analysis of the concept of pollution. London, Routledge.
- Dufol, F., Garcia, T., Sarto, C., Batalla, G. (1992). "The application to chronicity in mental health of the International Classification of impairments, disabilities and handicaps." Rev Sanid Hig Publica **66**: 187-95.
- Dumit, J. (2002). "Drugs for life." Molecular intervention: 124-127.
- Elias, N. (1976). Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Elstner, A. H., B. (2009). "Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie. Ein Beitrag zur Professionalisierung in psychiatrischen Handlungsfeldern." Psychotherapie und Sozialwissenschaft **11**(2): 99-126.
- Ernst-Basten, G. (2008). "Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen?" Die Kerbe **1**: 34-36.
- Eschenbruch, N., Hänel, D. (2010). Medikale Räume: Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit Bielefeld, transcript Verlag.
- Estroff, S. (1991). "Everybody's got a little mental illness: accounts of illness and self among people with severe, persistent mental illnesses." Medical Anthropology Quarterly **5**: 331-369.
- Fengler, C., Fengler, T. (1980). Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Feyerabend, P. (1933). Against method. London, Verso.
- Finzen, A. (1996). Warum werden unsere Patientinnen und Patienten wieder gesund? . "Störenfried" Subjektivität. Subjektivität und Objektivität als Begriffe des psychiatrischen Denkens. M. Heinze, Priebe, St. Würzburg, Königshausen & Neumann.

- Finzen, A. (2009) "Psychiatrie und Soziologie. Eine Einladung." [http://www.asmus.finzen.ch/Finzen/Veroeffentlichungen\\_im\\_Netz\\_files/Pschi+S oz.Asmus%20Finzen.pdf](http://www.asmus.finzen.ch/Finzen/Veroeffentlichungen_im_Netz_files/Pschi+S oz.Asmus%20Finzen.pdf)
- Flick, U., von Kardoff, E., Steinke, I. (2005). Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek, Rohwolt Verlag.
- Floeth, T. (1991). Ein bisschen Chaos muss sei. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Flyvbjerg, B. (2006). "Five misunderstandings about case-study research." Qualitative Inquiry **12**(2): 219-245.
- Fossey, E., Harvey, C. (2002). "Understanding and evaluating qualitative research." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **36**: 717-732.
- Foucault, M. (1969). Die Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Foucault, M. (1978). The history of sexuality, Volume I: An Introduction. New York, Pantheon.
- Foucault, M. (1988). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Foucault, M. (1996). Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Frank, M., Gockel, B., Hauschild, T. (2008). Räume. Bielefeld, transcript Verlag.
- Fujimura, J. H. (1998). "Authorizing knowledge in science and anthropology." American Anthropologist **100**(2): 347-360.
- Geertz, C. (1973). Interpretation of Culture. Selected Essays. New York Basic Books.
- Gergen, K. (2008). "The deconstructive and reconstructive faces of social construction." Forum Qualitative Sozialforschung **9**(1): 1-19.
- Gesler, W. (1992). "Therapeutic Landscapes: Medical issues in light of new cultural geography." Social Science & Medicine **34**(7): 735-746.
- Gibson, J. (1982). Wahrnehmung und Umwelt. Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München, Urban & Schwarzenberg.
- Goffman, E. (1961). Asylums. New York, Anchor.
- Goldman, H. (1981). "Defining and counting the chronically mentally ill." Hospital and Community Psychiatry **32**: 21- 27.
- Gove, W. (1975). The labeling of deviance: evaluating a perspective New York, Sage.
- Grottian, M. (1996). Systemtheoretische Ansätze bei Max Gluckman, LIT.
- Guilfoyle, M. (2002). "Power, knowledge and resistance in therapy: exploring links between discourse and materiality." International Journal of Psychotherapy **7**(1): 83-97.
- Hacking. (2006). "Kinds of people: moving targets. The British Academy Lecture." Retrieved 13th of april, 2006.
- Hanrahan, M.-. (2003). "Challenging the dualistic assumptions of academic writing: Representing PH.D. research as embodied practice." Forum Qualitative Social Research **4**(2): Artikel 30.
- Haraway, D. (1991). Simians, Cyborgs and Women: the reinvention of nature. New York, Routledge.
- Harding, M., Zubin, J., Strauss, J. (1987). "Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact?" Hospital and Community Psychiatry **38**: 477- 485.
- Harrasser, K., Lethen, H., Timm, E. (2009). Sehnsucht nach Evidenz. Bielefeld, transcript Verlag.
- Heckel, R., Salzberg, H. (1960). "How to make your patients chronic." Hospital and Community Psychiatry: 37-42.

- Heiner, M. (1988). Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg, Lambertus Verlag.
- Hildenbrand, B. (1998). "Qualitative Forschung in der systemischen Therapie." System Familie **11**: 112-119.
- Hirschauer, S. (2004). Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns. Doing Culture: neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis. K. H. Hörnig, Reuter, J. Bielefeld, transcript Verlag.
- Holzer, B., Schmidt, J. (2009). "Theorie der Netzwerke oder Netzwerk-Theorie?" Soziale Systeme **15**(2): 227-242.
- Holzhey, H. (2003). "Kritik des anthropologischen Naturalismus in einer sich naturwissenschaftlich verstehenden Psychiatrie." Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie **154**(5): 216-223.
- Hüter, G. (2006). "Beziehungsgestaltung als angewandte Neurobiologie." Balint **7**(3): 80-85.
- Jacobson, J. G. (2009). "The analytic couch: Facilitator or sine qua non?" Psychoanalytic Inquiry **15**(3): 304-313.
- Jaspers, K. (1913). Allgemeine Psychopathologie - Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin, Julius Springer.
- Kanning, U., von Rosenstiel, L., Schuler, H., Petermann F., Nerdinger, F., Batinic, B. (2007). "Angewandte Psychologie im Spannungsfeld zwischen Grundlagenforschung und Praxis - Plädoyer für mehr Pluralismus." Psychologische Rundschau **58**(4): 238-248.
- Kaschuba, W. (2010). Reflexion und Intervention. Zum Ethos volkskundlich-ethnologischer Forschung. DGV Hochschultagung 2010, Marburg.
- Kisker, K. P. (2007). PsychiaterSein. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Klausner, M., Niewöhner, J. (HG) (2012). Psychiatrie im Kiez: Alltagspraxis in den Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Berlin, Berliner Blätter, SH 58.
- Knorr-Cetina, K. (1999). Epistemic cultures. Boston, Harvard University Press.
- Koch, S., Fuchs, T., Summa M., Müller, C. (2012). Body memory, metaphor and movement. Amsterdam, John Benjamins Publishing Company.
- Kuhn, T. S. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago, University of Chicago Press.
- Kunze, H., Kruckenberg P. (1999). "Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung." Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung **116**.
- Kvale, S. (1992). Psychology and Postmodernism. London, Sage Publications Ltd.
- Lademann, J., Mertesacker, H., Gebhardt, B. (2006). "Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen." Psychotherapeutenjournal **2**: 123-129.
- Laing, D. (1961). Self and others. New York, Routledge.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2003). Metaphors We Live By. Chicago, University of Chicago Press.
- Lamb, R. (1982). "Young adult chronic patients: the new drifters." Hospital and Community Psychiatry **33**: 465-468.
- Längle, G., Mayenberger, M., Günther, A. (2001). "Gemeindenaher Rehabilitation für schwer psychisch Kranke?" Rehabilitation **40**: 21-27.
- Lannamann, J. W. (1998). "Social construction and materiality: the limits of indeterminacy in therapeutic settings." Family Process **17**(4): 393-413.
- Latour, B. (1998). Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Köln, Fischer.

- Latour, B. (2002). Pandora's hope. Essays on the reality of science studies. Boston, Harvard University Press.
- Laux, H. (2009). "Bruno Latour meets Harrison C. White. Über das soziologische Potential der Netzwerkforschung." Soziale Systeme **15**(2): 367-397.
- Law, J. (2004). After method. Mess in social research. Oxon, Routledge.
- Law, J. (2009). "Reworking therapeutic landscapes: the spatiality of an "alternative" self-help-group." Social Science & Medicine **69**(12): 1827-1833.
- Law, J., Singleton, V. (2004) "Object lessons." <http://www.lancaster.ac.uk/sociology/research/publications/papers/law-singleton-object-lessons.pdf>
- Lefebvre, H. (1974). Die Produktion des Raums. Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften. J. Dünne, Günzel, S. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag: 330-342.
- Lefley, H. (1987). Culture and mental illness. New York, Guilford.
- Lefley, H. (1990). "Culture and chronic mental illness." Hospital and Community Psychiatry **41**: 277-286.
- Levi-Strauss, C. (1973). Das wilde Denken. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Levinson, J. (2010). Paper technologies. Making life work. Freedom and disability in a community group home. J. Levinson. Minneapolis, London, University of Minnesota Press: 163-189.
- Lewin, K. (1969). Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern.
- Link, B., Cullen, F. (1992). The labeling theory of mental disorders: a review of evidence. Greenwich, JAI.
- Link, J., Wülfing, W. (1984). Bewegung und Stillstand in Metaphern und Mythen. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Lock, M. (1993). "Cultivating the body: anthropology of epistemologies of bodily practice and knowledge." Annual Review of Anthropology **22**(1): 133-55.
- Lock, M., Farquhar, J. (2007). Introduction. Beyond the body proper. M. Lock, Farquhar, J. Durham, London, Duke University Press.
- Lovell, A. (1997). "Die Stadt ist meine Mutter". Erzählungen von Schizophrenie und Obdachlosigkeit. Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. M. Angermeyer, Zaumseil, M. Bonn, Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- Luhrmann, T. (2000). Of two minds. An anthropologist looks at american psychiatry. New York, Vintage Books.
- Lütjen, R. (2010) "Projektskizze: Lebensführung von Menschen in sozialpsychiatrischer Betreuung."
- Main, T. F. (1946). "The hospital as a therapeutic institution." Bulletin Menninger Clin **10**: 66-70.
- Marlock, M. (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, Schattauer Verlag.
- Marsella, A., White, G. (1982). Cultural conceptions of mental health and therapy. Dordrecht, Reidel.
- Martin, E. (1998). "Anthropology and the cultural study of science." Science, Technology & Human Values **23**(1): 24-44.
- Martin, E. (2007). Bipolar Expeditions. New Jersey, Princeton University Press.
- Marx, K., Engels, F. (1845). Thesen über Feuerbach, Books on Demand.
- Mattes, P. (2008). "Abwehr durch Einvernahme. Zum Auftritt des Sozialen Konstruktivismus in der deutschen akademischen Psychologie." Forum Qualitative Sozialforschung **9**(1): 1-7.

- Mauss, M. (1925). Les technique du corps. Sociologie et Anthropologie. Paris, Presses Universitaires de France: 143-279.
- Menninger, W. (1984). "Dealing with staff reactions to perceived lack of progress by chronic mental patients." Hospital and Community Psychiatry **35**: 805-808.
- Merleau-Ponty, M. (1962). Phenomenology of perception. London, Routledge.
- Mey, G. (2007). "Stand und Perspektiven einer "Qualitativen Psychologie" (in Deutschland)." Journal für Psychologie **15**(2): 1-11.
- Mol, A. (2002). The body multiple: Ontology in medical practice. Southport, Duke University Press.
- Mol, A., Law, J. (2004). "Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia." Body and Society **10**: 43-62.
- Mol, A., Moser, I., Pols, J. (2010). Care in practice. Bielefeld, transcript Verlag.
- Moreno, J. L. (1934). Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Brühl, Leske & Budrich.
- Moser, H. (1995). Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg, Lambertus Verlag.
- Moser, H. (2012). Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Freiburg, Lambertus Verlag.
- Mosher, L. R. (1999). "Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review." Journal of Mental Diseases **187**(3): 142-149.
- Mruck, K., Breuer, F. (2000). "Qualitative Methoden und Psychologie im deutschen Sprachraum." Forum Qualitative Sozialforschung **1**(2): 1-4.
- Mruck, K., Breuer, F. (2003). "Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess." Forum Qualitative Sozialforschung **4**(2): Artikel 23.
- Müller, B. (2001). "Körper werden. Dekonstruktion, Embodiment und Psychologie." Werkblatt - Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik **1**: 9-36.
- Murphy, H., Raman, A. (1971). "The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical people." British Journal of Psychiatry **119**: 489-497.
- Nash, C. (2000). "Performativity in practice: some recent work in cultural geography." Progress in Human Geography **24**: 653-664.
- NN (2010) "DSM-V: Erste Einblicke in das neue Psychiatrie-Handbuch." Ärzteblatt.de
- Noy, C. (2003). "The write of passage: reflections on writing a dissertation in narrative methodology." Forum Qualitative Social Research **4**(2): Artikel 39.
- Oelofsen, N. (2012). Developing reflective practice. A guide for students and practitioners of health and social care. Banbury, Lantern Publishing Limited.
- Opitz, S. (2008). "Die Materialität der Exklusion: Vom ausgeschlossenen Körper zum Körper des Ausgeschlossenen." Soziale Systeme **14**(2): 229-253.
- Orlinsky, D. (2008). "Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung." Psychotherapie, Psychiatrie und Medizin **58**: 345-354.
- Oury, J. (2002) "Chronicity in psychiatry today: historicity and institutions." <http://www.gold.ac.uk/history/news-events/chronicity/>
- Parott, F. R. (2010). ""Real relationships": Sociable interaction, material culture and imprisonment in a secure psychiatric unit." Culture, Medicine and Psychiatry **34**(1): 555-570.
- Parsons, T. (1976). Zur Theorie sozialer Systeme, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pentlarge, V. (1963). "Take another look at your chronic patients." Hospital and Community Psychiatry **36**: 435-437.
- Peukert, R. (2010). "Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke." Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie **28**(2): 2-5.



- Pfefferer-Wolf, H. (2003). "Die Sprache der Sektoren." Sozialpsychiatrische Informationen **33**(3): 8-15.
- Pickering, A. (1995). The Mangel of Practice. Time, agency and science. Chicago, University of Chicago Press.
- Pols, J. (2006). "Accounting and Washing: Good Care in Long-Term Psychiatry." Science Technology Human Values **31**(409): 409-430.
- Popper, K. (1959). The logic of scientific discovery. London, Unwin Hyman.
- Priebe, S., Burns, T., Craig, T. (2013). "The future of psychiatry may be social." British Journal of Psychiatry **202**: 319-320.
- Rabinow, P. (2004). Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Raskusin, J., Fierman, L.B. (1960). "Five assumptions for treating chronic psychotics." Hospital and Community Psychiatry **31**: 140-148.
- Reckwitz, A. (2003). "Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive." Zeitschrift für Soziologie **32**(4): 282-301.
- Richter, D. (2003). Psychisches System und soziale Umwelt. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Richter, D. (2010). "Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft." Die Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie **1**: 8-10.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2014). "Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. Eine systemische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie." Psychiatrische Praxis **41**: 128-134.
- Röhrle, B. (2008). "Zur Ökologie sozialer Stützsysteme." Forum Gemeindepsychologie **13**(1): 1-21.
- Rorty, R. E. (1981). The Linguistic Turn. Essays in Philosophical Method Chicago, University of Chicago Press.
- Rosenfield, S. (1997). "Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction." American Sociological Review **62**: 660-672.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., Tansella, M. (2000). "Definition and prevalence of severe and persistent mental illness." British Journal of Psychiatry **177**: 149-155.
- Scharfetter, C. (2008). Philosophie und Psychiatrie. Was sie sich zu sagen haben. Zürich, Addiction Research Conference.
- Schatzki, T. (2001). The practice turn in contemporary theory. New York, Routledge.
- Scheff, T. (1984). Being mentally ill: a sociological theory. New York, Aldine.
- Schinnar, A., Rothbart, A., Kanteer, R., Jung, Y. (1990). "An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness." American Journal of Psychiatry **147**: 1602-1608.
- Schmidbauer, W. (2005). "Fallgeschichte und Missbrauchserleben: Psychoanalytische Anmerkungen." Psychotherapie Forum **13**(1): 105-108.
- Schmiedebach, H. P. (1996). Von Menschen und psychischen Apparaten. Subjektivität und Objektivität in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. "Störenfried" Subjektivität. Subjektivität und Objektivität als Begriffe des psychiatrischen Denkens. M. Heinze, Priebe, St. Würzburg, Königshausen & Neumann.
- Schnegg, M. (2010). Die Wurzeln der Netzwerkforschung. Handbuch Netzwerkforschung. C. Stegbauer, Häußling, R. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften: 22-27.
- Schön, D. (1982). The reflective practitioner, Basic Books.

- Schütz, A. (1972). Gesammelte Aufsätze Band 2. Studien zur soziologischen Theorie. Berlin, Springer Verlag.
- Schweitzer, J. (1995). Die unendliche und endliche Psychiatrie. Zur (De-)konstruktion der Chronizität. Heidelberg, Carl Auer Verlag.
- Scott, M. (2005). "'Severe' and 'chronic': do these terms help us to understand patients." Psychiatric Services **56**: 109- 110.
- Seel, H.-J. (2000). "Zur Zukunftsfähigkeit der (qualitativen) Psychologie." Forum Qualitative Sozialforschung **1**(2): Artikel 24.
- Sell, C. (2010). "Kulturen der Psychotherapie - Der "Schulstreit" in der Therapiefor- schung aus der Sicht einer pluralistischen Epistemologie." Journal für Philosophie & Psychiatrie **3**(1): 1- 13.
- Shawker, J., Boquet, R. (1960). "Management of the chronic, hostile patient." Hospital and Community Psychiatry: 3-6.
- Sikorski, C., Glaesmer, H., Bramesfeld, A. (2010). "Quantität versus Qualität. Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung." Psychiatrische Praxis **37**: 322-328.
- Simmel, G. (1992). Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Simon, F. B. (1993). "Die Kunst der Chronifizierung." System Familie **6**: 139-150.
- Sondergaard, K. D. (2009). Innovating mental health care: A configurative case study in intangible, incoherent and multiple efforts. Aarhus, Aarhus University.
- Steiner, L. (2005). "Und die Moral von der Geschicht'...: Sprachphilosophisch- ethische Erwägungen zu psychotherapeutischen Narrativen." Psychotherapie Forum **13**(1): 113-119.
- Stern, D. (2005). Der Gegenwartsmoment. Frankfurt am Main, Brandes & Apsel Verlag.
- Talbott, J. A. (1978). The chronic mental patient. Washington D.C., American Psy- chiatric Association.
- Talbott, J. A. (2004). "Lessons learned about the chronically mentally ill since 1955." Psychiatric Services **55**: 1152-1159.
- Talbott, J. A. (2004). "Position statement: a call to action for the chronic mental pa- tient." Psychiatric Services **55**: 1118-1123.
- Taussig, M. (1992). The nervous system. London, New York, Routledge.
- Thoits, P. (1985). "Self- labeling processes in mental illness: the role of emotional deviance " American Journal of Sociology **91**(2): 221-249.
- Timmermans, S., Berg, M. (2003). The gold standard. The challenge of evidence based medicine and standardization in health care. Philadelphia, Temple Uni- versity Press.
- Trompette, P., Vinck, D. (2009). "Revisiting the notion of boundary object." Revue d- anthropologie des connaissances **1**: a-v.
- Turner, T. (1994). Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory. Cambridge, Cambridge University Press.
- UN (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- van Os, J., Kenis, G., Rutten (2010). "The environment and schizophrenia." Natur **468**: 203-212.
- von Glaserfeld, E. (1997). Radikaler Konstruktivismus. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- von Peter, S. (2010). "The temporality of "chronic" mental illness." Culture, Medicine and Psychiatry **34 (1)**: 13-28.

- von Tilling, J. (2008). "Sozialkonstruktivistische Psychologie und ihre praktische Anwendung. Möglichkeiten einer Neuausrichtung." Forum Qualitative Sozialforschung **9**(1): Artikel 44.
- Westermeyer, J. (1989). "Psychiatric epidemiology across cultures: current issues and trends." Transcultural Psychiatric Research Review **1989**: 5-25.
- Wienberg, G. (2008). "Gemeindepsychiatrie heute - Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven." Sozialpsychiatrische Informationen **1**: 1-13.
- Winter, R. (2010). Sozialer Konstruktivismus. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie., Springer Verlag: 123-135.
- Withley, R., Crawford, M. (2005). "Qualitative research in psychiatry." Canadian Journal of Psychiatry **50**(2): 108-114.
- Wittgenstein, L. (1969). Tractatus logico-philosophicus. Logisch-philosophische Abhandlung. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Wolff, S. (1983). Die Produktion von Fürsorglichkeit. Bielefeld, AJZ Druck & Verlag GmbH.
- Wright, M. T., Nöcker, G., Pawils, S., Walter, U. (2013). "Partizipative Gesundheitsforschung. Ein neuer Ansatz für die Präventionsforschung." Prävention und Gesundheitsförderung **8**(3): 119-121.
- Zaumseil, M. (2007). "Qualitative Sozialforschung in klinischer Kulturpsychologie." Psychotherapie & Sozialwissenschaft **2**(9): 99-116.
- Zepf, S., Hartmann, S. (2002). "Wissenschaftliche Prüfung und wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren." Psychotherapeut **47**(5): 278-284.

## **Danksagung:**

Ich möchte mich bei Hr. Prof. Heinz bedanken, der mich zur Einreichung dieser Arbeit ermutigt hat. Mein Dank gilt auch Hr. Prof. Beine und Fr. Dr. Munk, bei denen ich Entscheidendes für meine klinisch-praktische Tätigkeit und grundsätzliche psychiatrische Haltung gelernt habe. Dankbar bin ich auch für die jahrelange Kooperation mit dem Institut für Europäische Ethnologie – ein großer Dank gilt den Mitarbeitern dort: Prof. Stefan Beck, Prof. Jörg Niewöhner, Dr. Milena Bister, Dr. Martina Klausner und Julie Mewes, sowie Prof. em. Manfred Zaumseil. Seit 2013 leite ich zusammen mit Dr. Lieselotte Mahler einen gemeinsamen Forschungsbereich an der Charite: Ich bin sehr froh, dass wir aufeinander getroffen sind. Ebenso möchte ich mich bei verschiedenen Teilnehmern dieses Forschungsbereichs für ihre Unterstützung bedanken: Bei Andreas Gervink, Ina Jarchoy-Jadi und Dr. Alexandre Wullschleger. Bei Hr. Prof. Gallinat möchte ich mich für alle seine Unterstützung bedanken. Außerdem gebührt mein Dank den vielen Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen, die mich in ihr Vertrauen gezogen haben und mich haben lernen lassen. Und nicht zuletzt will ich meiner Familie danken, meinem Vater, Ferdinand v. Peter, der mir die Aufnahme des Ethnologie-Studiums angeraten hat und meiner Frau Esther und meinem Sohn Gabriel, die wegen dieser Arbeit viele Stunden auf mich verzichten mussten.

## Erklärung:

### Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed  
Habitationsordnung der Medizinischen Fakultät  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hiermit erkläre ich, dass

1. weder früher noch gleichzeitig ein Habitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wird bzw. wurde,
2. die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
3. mir die geltende Habitationsordnung bekannt ist.

.....  
Ort, Datum Unterschrift